

٨ - التقنيات العلاجية النفسية ومدارسها ومذاهبها

٢ - العلاج النفسي التحليلي الفرويدي

(الأسس النظرية وأسلوب التطبيق)

توطئة:

أسس فرويد Freud نظامين في التحليل النفسي، يتصل الأول بتحديد التكوين النفسي للإنسان، ويتصل الثاني بطريقة معالجة الاضطرابات النفسية. يدل النظام الأول على التحليل النفسي بوصفه نظاماً يشرح التكوين النفسي للفرد ويحلله ويفسره انطلاقاً من مفهوم النشاط الدائم الذي تتميز فيه الحياة النفسية. وينطوي هذا كله تحت نظرية التحليل النفسي في علم النفس. أما النظام الثاني فيشير إلى اتجاه متميز في المعالجة النفسية للاضطرابات النفسية يعتمد نظرية التحليل النفسي ويقوم على نظرية خاصة في الشخصية. وعلى فهم خاص لطبيعة الاضطرابات النفسية ومجموعة خاصة من المفاهيم الأساسية، وينطوي هذا النظام الثاني تحت المعالجة النفسية بطريقة التحليل النفسي. إن مصطلح التحليل النفسي يعني التحليل النفسي الفرويدي المتميز عن أشكال من المعالجات النفسية الأخرى التي اعتمدت منطلقات فرويد حيناً وخالفها حيناً آخر، كما يعني منحى آخر أطلق عليه اسم الفرويدية الجديدة New - Freudian في التحليل النفسي.

مفاهيم أساسية في التحليل النفسي:

يستخدم العاملون في ميدان التحليل النفسي مصطلحات تعد أساساً في فهم المعالجة النفسية بطريقة التحليل النفسي وهي التي نتحدث عنها فيما يلي باختصار شديد.

١- التثبيت:

يدل التثبيت Fixation على ظاهرة نفسية ذات مضمون جنسي تتجلى على شكل تعلق الفرد، في مرحلة لاحقة من مراحل نموه، بشخص أو موضوع يثبت فيه تعلقه السابق الذي تكون لديه في مرحلة الطفولة. **مثال ذلك:** تعلق فتى بسيدة تكون في مكانة أمه، ويكون قد مر سابقاً بفترة تعلق شديد بالأم. وتعلق فتاة في مطلع عمرها بشخص يحتل عندها لا شعورياً مكانة الأب الذي كانت متعلقة به وهي طفلة. وينتج عن التثبيت عدم قدرة صاحبه على التعلق بأشخاص آخرين جدد. وقد قال فرويد عن هذا العصاب أنه تثبيت على، أو نكوص إلى، شكل من أشكال الجنسية الطفولية، وكلما كان التثبيت مبكراً كان العصاب أكثر شدة.

٢- التحويل:

يشير التحويل Transference إلى تلك الظاهرة النفسية التي تبدو عند المتعالج في نقل مشاعره وعواطفه التي تكونت لديه سابقاً نحو أشخاص ضمنتهم خبرته (الوالدان بشكل خاص)، إلى معالجه بحيث يصبح المعالج مركز اهتمام المتعالج وعواطفه وتعلقه. إن المعالج المنتبه، يلجأ عادة إلى ما يسمى « بالتحويل المضاد » وتهدف إلى تعديل في حالة التحويل الحاصل لدى المتعالج.

٣- التداعي:

يحدث في خبرات الفرد أن يترابط حادثان، وإذا ظهر أحدهما في ساحة الشعور ظهر الثاني آلياً أو من غير جهد. إن ظهور الحادث الثاني مع الأول هو ما نسميه بالتداعي Association، ويكثر ظهوره مع ضعف رقابة الشعور ويشير إلى أن الأمر يتصل بحوادث نفسية ذات مكانة قوية في خبرة الشخص.

أخذ فرويد مفهوم التداعي من نظرية التداعي، وقد أوضحت هذه النظرية أن التداعي يشير إلى ترابط سابق بين الحادثين يمكن أن يتم بالاقتران أو التشابه، أو التضاد، أو السببية. وأوضح فرويد أن التداعي الحر يتمثل في أن يقول المتعالج كل ما يخطر في باله دون انتقاء منه أو اختيار، ودون تقييد بالأخلاق أو المنطق.

٤- التفسير:

يقول فرويد إن المركبات النفسية التي تتألف منها الأحلام رمزية في كثير من الحالات، وأنها لذلك يجب أن تكون موضوعاً للتفسير Interpretation لاستخراج دلالاتها ومعناها الحقيقي. كذلك الأمر في التداعي، فما يقدمه المتعالج عن طريق التداعي نتف متفرقة تحتاج إلى أشكال من الجمع بينها، وإلى عملية تفسير لكي تفهم دلالاتها. إن التفسير الذي يعتمده التحليل النفسي يعني الوقوف عند الحالة النفسية لاستخراج الدوافع والمحتويات اللاشعورية فيها من خلال تحليلها وفهم ما تضمه من رموز وإشارات، بغية الوصول إلى معناها ودلالاتها. وقد انتهت دراسات متنوعة في التحليل النفسي إلى قائمة طويلة من الرموز والإشارات التي تتطوي عليها الأحلام، وشرح لدلالاتها ومكانتها من تفسير التظاهرات المرضية ولعل من المناسب أن نتذكر عملية التفسير في فهم استجابات المتعالج حين يفحص برائز الرورشاخ أو تفهم الموضوع، وغيرها من الروائز الإضافية.

٥- التنفيس:

تحتل الشحنة الانفعالية مكانة هامة في حالات الاضطراب النفسي، ولا سيما في حالات العصاب، ولتفريغ هذه الشحنة أهمية بالغة في المعالجة النفسية، والتنفيس Catharsis أو تفريغ الشحنة الانفعالية يسمح بإطلاق الانفعالات المكبوتة وتحريرها، وبالتالي تخفيف ضغطها وأثرها في تكوين الاضطراب النفسي، لأن المادة المكبوتة في اللاشعور تخرج منه لتغدو شعورية إذا وفرنا لها الظروف المناسب. وقد اعتمد فرويد عملية التنويم في توفير الظروف المناسب، ونتيجة التنويم تم الوصول إلى التنفيس. إلا أن هذا التنفيس كان ضعيفاً مع غياب الشعور في التنويم، وقد اهتدى بعد ذلك إلى **التداعي الحر** ليكون البديل. فالشعور في التداعي يظل قائماً، والمعالج يقدم استجاباته في التداعي من غير إجبار، ولذلك فالموقف مناسب لإطلاق الشحنة الانفعالية وإنجاز التنفيس، وتحرير المتعالج من الانفعالات المكبوتة لديه.

٦- التنويم:

من الصعب الحصول على تعريف كاف وشامل للتنويم Hypnosis. أو ما يسمى أحياناً «بالتنويم المغناطيسي» أو «التنويم بالإيحاء». لكن يقتبس الرفاعي التعريف التالي الذي اتفق عليه كل من الاتحاد الطبي البريطاني، والاتحاد الطبي الأميركي فيقول: «إن التنويم حالة مؤقتة من تغير في الانتباه يَدْفَعُ إليها الشخصُ القائم بالتنويم الشخصَ المنوم، وفيها تظهر حالات نفسية وحركية متنوعة، وبشكل مباشر، أو تبدو على شكل استجابات لمؤثرات كلامية أو مؤثرات أخرى».

ظهرت عدة نظريات في تفسير التنويم، وأكدت الدراسات التجريبية إمكان التنويم عند الرجال والنساء على السواء. والشيء المتفق عليه علمياً هو أن الإيحاء يحتل مكانة هامة في التنويم. يرتبط التنويم باسم الطبيب النمساوي «فرانز مسمر» Franz Mesmer لأنه أبرز استعماله علمياً في مجال الطب وقال إنه يشفي الاضطرابات العصبية ذات المنشأ المستريائي. وأن يشفي غيرها بصورة غير مباشرة. بل إن الطبيب يستطيع باستخدامه اكتشاف أصل المرض وطبيعته وتطوره مما يمكنه من التقدم في علاجه.

اعتمد فرويد التنويم في معالجة الهستيريا، وفي معالجة حالات أخرى من العصاب. وجد فرويد في التنويم وسيلة لاستعادة الشخص النائم ذكريات كثيرة، ويوفر له فرصة

التنفيس لحالات انفعالية، ويساعد المعالج إلى فهم حالة الاضطراب لدى المتعالج. ولكن نظراً لضعف آثار المعالجة بالتنويم، وضعف التنفيس الذي يسمح به، فقد تحول فرويد إلى التداعي الحر.

٧- الطاقة الجنسية:

المقصود بالطاقة الجنسية ما يسميه فرويد «الليبدو» Libido، وهو مفهوم لا يزال غامضاً لكثرة الدلالات التي أعطيت لمفهوم «اللذة». يقول فرويد إن النشاط الجنسي فعالية تقدم لذة بالمعنى الواسع للكلمة. وهو أمر غير جديد في حياة الفرد حين يظهر في مرحلة البلوغ، بل هو موجود منذ وقت مبكر جداً من حياة الطفل، إنه موجود منذ الولادة. واستناداً إلى هذا الرأي كَوَّن فرويد نظريته في الليبدو حين سماه الطاقة الجنسية بالمعنى الواسع للكلمة. تبدو هذه الطاقة في أجزاء كثيرة من الجسم، وتتركز في أجزاء معينة من الجسم في مراحل معينة من نمو الفرد. ومن هنا كان حديث فرويد عن مراحل النمو المرتبطة باللذة وأماكن توضعها.

٨- اللاشعور:

تؤكد نظرية التحليل النفسي مبدأ الحتمية في الحوادث النفسية وترى أن بعض الحوادث لا تظهر لنا أسبابها لتعقيدها وعجز الفرد عن وعي أسبابها الموجودة في الفعالية اللاشعورية. والفعالية اللاشعورية هي جزء من الفعالية النفسية التي تأخذ مجراها عند السوي وغير السوي من الأفراد ولكن دون أن يعيها أو يشعر بها. من هنا يأتي مفهوم اللاشعور عند فرويد، الذي تقع فيه حالات نفسية كثيرة لا يعيها صاحبها ولا تكون في مجال الشعور مباشرة.

يشير التحليل النفسي إلى أن الفعالية النفسية اللاشعورية لا تسير وفق المنطق أو الزمان أو المكان، أو الشك أو مبادئ الأخلاق، ويلاحظ فيها الأضداد والمتناقضات أما الفعاليات الشعورية فهي عقلانية منطقية. ثم إن عمليات اللاشعور تخدم غرض إطلاق القوى الجنسية دون اعتبار ما ينجم عن ذلك من تأثير في الفرد وتكوينه إن المبدأ الذي يحكمها هو «مبدأ اللذة»، البحث عن اللذة وتحقيقها مباشرة. ونحن نعلم أن هناك ما يقف في طريق تحقيق اللذة ويؤخرها أو يؤجلها بتأثير من الواقع، ويتدخل من الفعالية النفسية

الشعورية. ومن هنا يكون الصراع والصدام بين ما يدفع إلى تلبية غرض اللذة، وما يدعو إلى منع ذلك أو تأجيله.

٩- المقاومة:

تعني المقاومة Resistance في التحليل النفسي مقاومة المتعالج إنجاز عملية المعالجة أغراضها. وللمقاومة أشكال:

١- مقاومة المتعالج محاولات المعالج في دفع العمليات اللاشعورية إلى الشعور لدى المتعالج نفسه.

٢- محاولات المتعالج المحافظ على ما هو مكبوت في اللاشعور.

٣- محاولات المتعالج في مقاومة المعالج وهو يواجه ما ظهر من تحويل عند المتعالج.

٤- معاكسة الوصول إلى الشفاء أو الحذر من الاضطراب، لا سيما إذا حصل من استمرار عملية العلاج بعض الفائدة.

٥- مقاومة الأنا الأعلى والبقاء تحت تأثير الاضطراب لأن الاضطراب يحمي صاحبه من نقد الأنا الأعلى.

٦- وتبدو المقاومة أحياناً في فترات الصمت الطويلة التي يمر بها المتعالج، أو في تعليقات عدوانية ينطق بها وهو مع المعالج، أو في عدم الدقة في التقيد بالمواعيد، وعدم قبول تفسيرات يأخذ بها المعالج.

نظرية الشخصية عند فرويد:

سبق أن تحدثنا في التوطئة أن فرويد أسس في التحليل النفسي نظامين، اتجه أحدهما إلى بناء نظرية متكاملة في الشخصية، واتجه الثاني إلى العلاج النفسي استناداً إلى المفاهيم التي اشتملت عليها النظرية. وقد ذهب فرويد في نظريته عن الشخصية إلى بنائها في أعماقه مما جعل بعض الباحثين يسمونها «نظرية الأعماق»، ولشرح النظرية لا بد من فهم مكونات الشخصية الأساسية.

مكونات الشخصية:

يرى فرويد أن الشخصية بناء ثلاثي الجوانب، وأن هذه الجوانب الثلاثة تؤلف وحدة متكاملة ومتفاعلة:

١- الهو^(١) The Id .

٢- والأنا The Ego .

٣- والأنا الأعلى The super Ego .

١- الهو:

يضم الهو كل ما يحمله الطفل منذ الولادة، ويكون الجانب المبكر من الشخصية. إنه يحضن الغرائز، والغريزة الواقعة في القمة هي غريزة « اللذة». كانت هذه الغريزة هي الرئيسة عند فرويد، ثم غدا يتحدث عن غريزة العدوان. يعمل الهو وفق مبدأ اللذة، ولا يخضع لمبدأ الواقع أو العلاقات المنطقية. إنه يقع في اللاشعور.

٢- الأنا:

ينشأ الأنا مع حياة الطفل وينمو معها، ليميز بين حقيقة داخلية وحقيقة واقعية خارجية. وهو يعمل وفق مبدأ الواقع وعملياته، ويخضع للمنطق، ويتمشى مع الأوضاع الاجتماعية المقبولة. ويقوم الأنا بدور مزدوج: فهو يحمي الشخص من الأخطار التي تهدده في العالم الخارجي، وهو في الوقت نفسه يقوم على إشباع « الغرائز» التي يحملها الهو. ولتحقيق الغرض الأول يكون عليه أن يتحكم بالغرائز ويضبط اندفاعاتها لأن إشباعها على طريقة اللاشعور يمكن أن يؤدي إلى خطر يصيب الشخص. إن العدوان الموجه نحو الآخرين يمكن أن يرد عليه الآخرون رداً قد يكون خطراً على صاحب العدوان لذلك يكون على الأنا أن يقرر متى يمكن لغريزة «العدوان» أن تشبع أغراضها وكيف. إذن يحتفظ الأنا بالنشاط المحرض على «العدوان» حتى يجد الموضوع والوقت المناسبين ويحدد عندئذ الطريقة المناسبة للتنفيذ. وهكذا يستمر عمل الأنا وفق مبدأ الواقع، مخضعاً مبدأ اللذة لتحكمه.

٣- الأنا الأعلى:

يضم «الأنا الأعلى» القيم والمثل العليا الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي ربي الطفل عليها في البيت والمجتمع: إنه الممثل الداخلي للوالدين، والحاضن لما يراه المجتمع

(١) الهو، أو الهي، وهي في الأصل لاتينية.

حسناً. إنه يعمل وسيطاً بين الفرد ومحيطه الاجتماعي، ويمثل ضميره الذي يحاسبه. إنه يتجه نحو الكمال، ويظهر بمظهر المقاوم لمبدأ اللذة.

ولكي تكتمل صورة الشخصية كما يراها فرويد لا بد من معرفة كيفية عمل هذه المكونات الثلاثة، ولإيضاح ذلك نذكر النقاط التالية:

١- الحياة النفسية نشطة وحركية، والحادثة النفسية إما أن تكون في الشعور، أو في ما قبل الشعور، أو في اللاشعور. ونحن نعرف ما يوجد في الشعور، وما ينتقل إليه من مستوى ما قبل الشعور، أما حالات اللاشعور فتعمل في الخفاء، وتبقى كذلك حتى يتاح لمحتوياتها أن تعبر عن نفسها عبر الأحلام، أو التخيلات، أو التداعيات، أو أعراض العصاب، أو أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى.

٢- تتكون الشخصية بشكل تدريجي يبدأ في وقت مبكر من حياة الطفل، وتحتل مكونات الهو مكانة هامة في بدء هذا التكون وتطوره. ولكن هناك مكانة هامة أيضاً لخبرات الطفولة في الأسرة وخارجها، ولعلاقة الطفل بوالديه، ولضغوط القواعد الاجتماعية. إن مكونات الهو وبينها « غريزة اللذة » وبينها « غريزة العدوان » من ناحية، وروابط الأسرة وضغوط المجتمع التي تعرض على الفرد أن يتجانس معه في قواعده من ناحية ثانية تخلق عند الفرد صراعات تنعكس في أشكال من الحالات الفريولوجية. ولفهم تكون شخصية الفرد لا بد من فهم القوى الفاعلة فيه والصادرة عن الأسرة والمجتمع، وما ينجم عن ذلك من دفاعات وصراعات.

٣- يكشف الفحص عن وجود تضاد بين وجهتي الهو والأنا الأعلى ولكل منهما قوته. وقد يشتد الصراع بينهما، ويكون الكبت بين وسائل الدفاع لدى الشخص. ويؤدي الكبت إلى نقل الحالة التي يكون ضغط الأنا الأعلى في نقدها شديداً، ينقلها إلى اللاشعور لأن بقاءها في الشعور غير ملائم لشخص يحتاج إلى إبعاد الخطر عن نفسه. وإحلال حالة أقرب إلى ما يقبله ويتعايش معه.

إن لهذه الصراعات مكانة هامة في تكون الشخصية، وتكون أساليب الدفاع فيها وتكون العقد.

٤- يمر نمو الشخصية بمراحل يمكن تحديدها استناداً إلى توضع واضح الجنس. أول مرحلة هي المرحلة الفمية oral phase حيث يكون الفم مركز اللذة لدى الطفل في مطلع حياته، والمرحلة الثانية هي المرحلة الشرجية Anal phase حيث تتوضع اللذة في الناحية الشرجية وتتصل بعادات التبرز. تمتد المرحلتان عبر السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، ثم تأتي المرحلة الثالثة حيث تتوضع اللذة في العضو التناسلي، وكثرة لعب الطفل بعضوه، وتسمى المرحلة القضيبية phallic phase. وتمتد حتى السنة الخامسة أو السادسة من العمر، وعقدة الخصاء، وعقدة أوديب مرتبطتان بهذه المرحلة. أما المرحلة الرابعة فهي مرحلة الكمون Latency phase وتمتد حتى البلوغ الذي يشكل المرحلة الخامسة Puberty phase.

ينصب اهتمام الطفل في المرحلة الفمية على أمه، فهي مصدر إشباع حاجاته. ثم تتجه اهتماماته إلى كثير من الأشياء في العالم حوله، وأمه ضمن هذا العالم. أما في **مرحلة البلوغ فهُم دافع الجنس** لديه هو طرح الناتج الجنسي وقذفه، وفي مرحلة الرشد يدخل في إشباع واقع الجنس متعة الحب، ولا تقف عند متعة القذف وحدها. إن فهم تطور الطفل في كل مرحلة، وفهم التفاعل بينه وبين أسرته وأفراد مجتمعه، وفهم مكان اللذة من سلوكه اليومي، يؤدي إلى فهم سلوك الراشد وما يحتمل أن يظهر لديه من اضطراب نفسي. ومن هنا تلح نظرية التحليل النفسي على تفاصيل النمو النفسي الجنسي للشخصية.

المعالجة بالتحليل النفسي

أخذت المعالجة بالتحليل النفسي شكلها الواضح منذ سنة ١٩١٤، ولكنها خضعت بعد ذلك لتطورات أدخلها عليها «فرويد» ومن نفذ طريقته. ولكن مظاهرها الأساسية، ومنطلقاتها ظلت هي الأصل.

المنطلقات في المعالجة بالتحليل النفسي:

كانت الحالات المرضية النفسية في القرن التاسع عشر تعالج عند الأطباء، ولكنها مع فرويد صارت موضع اهتمام خاص، فقد اعتمد عدداً من المفاهيم في فهم الشخصية، وعلاج اضطراباتها مررنا بها بشكل مختصر، وقد جعلها فرويد الأصل في عدد من المنطلقات في عملية المعالجة النفسية التي تميز مدرسة التحليل النفسي، وهذه أهمها:

- ١- يحتضن اللاشعور حالات نفسية بينها ما يكونّ العوامل في الاضطراب النفسي. وثمة دفاعات لا تسمح لها بالظهور شعورياً. وعلى المعالج النفسي أن يجعل ما هو موجود في اللاشعور، ويتصل بالاضطرابات، شعورياً، أي يضعه في متناول الشعور ووعي المضطرب. ويتم هذا إذا دُعّم الأنا عند المتعالج، وامتد وعيه حتى يشمل ما لم يكن يشمل، وإضعاف مكانة الأنا الأعلى في تكوين الدفاعات التي تمنع مكونات اللاشعور من الظهور.
- ٢- إن مبدأ «حل الفرد مشكلاته بنفسه» يعني تبصره بمشكلاته، وتبصره بنفسه وما يستطيع إنجازه مما يساعد على إحداث تغيير لديه. إن هذا المبدأ قابل للتحقق في عملية المعالجة، ويجب أن يتحقق لجعل المتعالج قادراً على رؤية المشكلة، ورؤية المخرج والتفسير والحل. وكذلك قادراً على وعي الجوانب العاطفية في مشكلاته ولا سيما آثار الشعور بالخجل في تكوين الدفاعات التي تمنع انطلاق تلك الجوانب العاطفية.
- ٣- للطفولة وخبراتها مكانة هامة فيما يتكون لدى الفرد من اضطرابات نفسية، ولمراحل العمر التالية مكانتها في تكون الاضطرابات النفسية كذلك. ويجب النظر إلى هذه الخبرات من حيث المكانة العاطفية والآثار الانفعالية. ومن هنا يتجه المحلل النفسي إلى الانفعالات ويتعامل مع المشاعر المعبرة عن هذه الانفعالات.

٤- تتفاعل المتعالج بالتحليل النفسي مع المتعالج هام في بلوغ المعالجة أغراضها . وحالة التحويل، وكذلك التحويل المضاد كلاهما تعبير عن هذا التفاعل . فالتحويل يدعم مكانة المتعالج عند المتعالج، والتحويل المضاد يدعم مكانة المتعالج لدى نفسه . وثمة أشكال أخرى من التفاعل تساعد المتعالج على تخطي الشعور بالخجل أو الدونية حين تظهر دوافعه على حقيقتها، وذلك لأنها تظهر أمام المتعالج الذي يفهمه ويقدره ولا يلومه على ما يظهر منه . إن المتعالج لا يظهر بصورة الأنا الأعلى، لأنه لو فعل ذلك لما انطلق المتعالج بما عنده دون أن يشعر بالخجل . إن التفاعل بين المتعالج والمتعالج يزيد من الثقة بينهما، ويزيد من المحبة، مما يشجع المتعالج على قبول مشاعره، وخلق دفاعاته والتخلي عنها لأنها لم تعد لازمة في ضبط المشاعر .

٥- التخاطب هو وسيلة المعالجة بالتحليل النفسي، والتخاطب بحاجة إلى مادة يدور حولها، والشخص الذي يجب أن يقدم هذه المادة هو المتعالج . ونظراً لوجود أشكال من المقاومة عنده، فيجب على المتعالج أن يدفع المتعالج إلى تقديم هذه المواد ولا سيما ما يتصل بتاريخ الحياة، والانفعالات والتخيلات .

٦- إن عمل المتعالج بالتحليل النفسي موجه بأغراض المعالجة العميقة، إنه يسير إلى إحداث تغيير عميق في البناء الانفعالي للمتعالج حتى يصل به إلى درجات أفضل من التحرر في الحديث، ورؤية الوقائع، ورؤية ذاته . وهذا يساعده على تبصر أفضل بذاته وتحقيق أفضل لها، ويغدو في النهاية أفضل مما كان .

٧- تحتاج المعالجة بالتحليل النفسي لتحقيق أغراضها إلى وقت طويل، وإلى تكرار كثير لعملية حل المشكلات، وعمليات المناقشة الداخلية، ولهذا يحتاج الأمر إلى تكرار الاجتماع بين المتعالج والمتعالج، وإلى تدخله في تفسير بعض المواد التي تأتي من عند المتعالج .

سير عملية المعالجة بالتحليل النفسي:

غدت مظاهر المعالجة بالتحليل النفسي مألوفة من خلال القصص والروايات . فالمتعالج يأتي للمعالجة ما بين مرة إلى خمس مرات في الأسبوع، ولمدة قد تمتد من سنة إلى عشر سنوات أو أكثر . ويكون الحديث بين المتعالج والمتعالج وجهاً لوجه عدة دقائق، ثم يستلقي المتعالج على أريكة، ويكون المتعالج بعيداً عن رؤية المتعالج . وتمتد الجلسة ما بين خمس وأربعين، إلى ستين دقيقة .

يطلب من المتعالج أن يسترسل في ذكر ما يرد على خاطره بالتداعي الحر. وقد تكون أحلامه أيضاً موضوع هذا التداعي، أو موضوع الحديث بين الاثنين في الموقف العلاجي. وقد يلجأ المعالج إلى تسجيل كل ما يدور في الجلسة. وتتمثل فعالية المتعالج المستلقي على الأريكة بما يلي: أنه يتكلم، ويعبر عن مشاعره، وأحاسيسه، وذكرياته، وتداعياته. أما المعالج، فهو جالس خلف رأس المتعالج، وتتمثل فعاليته بتقديم تعليق على كلام المتعالج. أو تقديم تفسير لأمر يذكره. إن الفترة التي تستغرقها المعالجة النفسية هامة في حياة المتعالج. ولا ينصب اهتمام المتعالج على شكلياتها بل على ما تحققة من نتائج. وكثيراً ما تسمى هذه الفترة فترة النمو التحليلي Psycho analytic Growth.

كما أنها هامة لدى المعالج، وينصب معظم اهتمامه فيها على ما يبدو عند المتعالج من مقاومة، وما ينبغي عمله في مواجهتها. وما يظهر عند المتعالج من تحويل، وما ينبغي أن يقوم به المعالج من تحويل مضاد.

صحيح أن المعالج يلجأ إلى التداعي الحر في جلسات المعالجة النفسية، ولكنه لا يوجد ما يمنع أن يشجع المتعالج على ملاحظة ذاته في بعض الجلسات. يدفعه إلى ذلك بشكل مقصود حيناً، ويشجعه على الاستمرار حين يكون المتعالج قد بدأ هو نفسه عملية ملاحظة ذاته. إن ملاحظة المتعالج ذاته تقدم مزيداً من «المواد» التي ينتظرها المعالج لأنها دليل على مزيد من تبصر المتعالج بذاته.

يتميز عمل المعالج بالتحليل النفسي خلال مسير المعالجة النفسية بأنه ينصت ويشجع، ويفسر، ويراقب. إنه ينصت ليعي كل مادة يقدمها المتعالج، وليفهمها، وليكون قادراً على التفسير وإنجاز أغراض المعالجة. وهو يشجع المتعالج ليحصل منه على مزيد من المواد: تخيلاته، وانطلاق مشاعره، وتعبيره عن خبراته، ومن أجل دفعه إلى مزيد من ملاحظة نفسه. وهو يفسر ليوضح المشاعر ودلالاتها، وليساعد على جعل اللاشعوري من الحوادث شعورياً، وليجعل المتعالج أقدر على حل المشكلة وفهمها في إطارها العميق، وليساعده على إطلاق المشاعر المكبوتة والوصول إلى تنفيس مناسب. إن المشاعر المكبوتة كثيرة، بينها القلق، والعدوان، والحب والانتقام والخجل والإثم أو الذنب، فحين يساعد التفسير على جلبها إلى ساحة الشعور، فإنها تجلب معها أشكال الدفاع التي كانت تحتجزها. ثم إن المعالج يراقب أقوال المتعالج وحركاته وأفعاله ليصل إلى مزيد من فهم أشكال المقاومة لديه.

ويجب على المعالج بالتحليل النفسي أن يتفادى الظهور في إطار يشبه الأنا الأعلى للمتعالج، وإن كان يسمح له من آن لآخر أن يظهر تفضيله أمراً على آخر. كما يجب أن يتفادى أشكال التطمين، وأشكال التدخل المباشر في حياة المتعالج. هذه هي صورة سير عملية المعالجة النفسية بالتحليل النفسي، وهي قد تخضع لبعض التعديلات ولكن دون أن تخرجها عن إطارها الأساسي.

الشكل المختصر من المعالجة بالتحليل النفسي:

يأخذ الشكل المختصر من المعالجة بالتحليل النفسي أهمية من تخفيف أعباء الوقت والجهد وبعض ما تطوي عليه المعالجة المطولة من مشكلات وإجراءات. يدل على ذلك كثرة العاملين فيه، والنتائج التي لا تتأخر زمنياً، والاقتصاد في عدد الجلسات. ولا يختلف هذا الشكل المختصر من المعالجة عن المعالجة الأصلية المطولة اختلافاً كلياً، بل يتشابه معه في أمور كثيرة. هنا يجلس المتعالج على كرسي بحيث يستطيع النظر إلى المعالج، ويطلب منه أن يتكلم بكل ما يخطر على باله. لكن التداعي المعتمد هنا هو التداعي الحر حيناً، والموجه حيناً آخر، بقوائم منظمة علمياً. ثم إن الفترة الزمنية الفاصلة بين جلسة علاجية وأخرى تصبح أطول، حيث يندر أن يضم الأسبوع أكثر من ثلاث جلسات، وقد يكفي بجلسة واحدة.

في هذا الشكل المختصر يقل الإلحاح على التحويل، والتحويل المضاد، ويحتل التفسير مكانه في إيصال المتعالج إلى تبصر أكبر في نفسه وتكوينه. حيث يقوم المعالج بمقاومة التحويل، ويبين المعالج للمتعالج أنه لن يورط نفسه في تمثيل دور الوالد المسيطر على الأسرة، وذلك حين تغدو تصرفات المتعالج غير مقبولة عقلاً، وحين يزداد اعتماده القوي المكشوف على المعالج. وقد تنمو عند المتعالج عواطف حادة نحو المعالج، ولكنها لا تصل إلى «العدوانية» ولا تصل مرتبة العصاب.

ويحتل التفسير مكانة هامة في هذا الشكل المختصر، وقد يبدأ التفسير بالوقوف عند زلة لسان عند المتعالج لا يريد الاعتراف بها، وقد يصل التفسير إلى تفصيل مكانة دافع الجنس في حياة المتعالج، وتعلقه بفرد داخل أسرته. ويجب على المعالج أن يبتعد دائماً عن تفسير يأتي قبل أوانه، أو يكون فجاً ومؤدياً لمعالج لم يألف أمور التحليل، وتعقيد المشكلات النفسية. المهم أن يفسر المعالج للمتعالج تلك المادة الموجودة في مستويات قريبة من الشعور، أما تفسير ما ينطوي عليه اللاشعور فيجب عدم التسرع فيه.

يواجه المعالج بالطريقة المختصرة بعض المقاومة، ويجب أن يجعلها مادة يتناولها التفسير، أما إذا كانت المقاومة شديدة فهذا يعني أن آليات الدفاع لدى المتعالج أصبحت منيعة، وتحتاج إلى طريق أكثر عمقاً كإطلاق الطاقة الانفعالية.

تشارك المعالجة المختصرة مع المعالجة المطولة في إعطاء التبرص المكتسب في مجالات الحياة أو عبر التحليل أهمية كبيرة. ولكن الشكل المختصر يسمح للمعالج أن يطرح الأسئلة، ويقترح إجراءات يقوم بها المتعالج في الفترات بين الجلسات، متخطياً بذلك الحدود المرسومة في الطريقة المطولة التقليدية. كما يسمح للمعالج أن يقابل أفراداً من أسرة المتعالج ويستفيد من نفوذهم في التأثير على المتعالج ويكون في صالحه. ويتم هذا بمعرفة منه. وحين يصل المتعالج إلى القدرة على تنفيذ أعماله، ومعالجة علاقاته الانفعالية بالآخرين دون التعرض للقلق، يكون الوقت قد حان لإنهاء سير المعالجة.

اشكال أخرى من المعالجة الموجهة بالتحليل النفسي:

بين أشكال المعالجة الموجهة بالتحليل النفسي معالجة الأطفال القائمة على التفسير، والمعالجة الجماعية، والمعالجة التي تعتمد التعبير الفني، والمعالجة التي تعتمد التنويم. وتعتبر هذه الأشكال الأربعة اتجاهات موجهة بالمعالجة النفسية بالتحليل النفسي.

معالجة الأطفال القائمة على التفسير:

يعجز الطفل عن التعبير بالكلام عن تداعياته الحرة، ولا يمكنه وضع العواطف المعقدة والمراوغة في بنى لغوية. ولكن يستطيع التعبير عن ذلك بالنشاط الحركي. فمن خلال الألعاب وما يستعمل فيها من تركيب الأشياء تظهر هذه العواطف بشكل مدهش. إن هذه الألعاب والدمى تمثل الأشخاص الذين يحيطون بالطفل، وما يوجه إليها من عواطف سلبية هي في الحقيقة موجهة إلى هؤلاء الأشخاص. يعرف هذا الاتجاه باسم المعالجة التفسيرية باللعب للأطفال، ويكثر اعتماده في معالجة الاضطرابات النفسية لدى الأطفال.

المعالجة النفسية الجماعية الموجهة بالتحليل:

تأخذ المعالجة النفسية الجماعية عدداً من الاتجاهات المختلفة: فمورينو Moreno يلح على

الفعالية والنشاط والحماس والتفاعل والعضوية وقيام الفرد بدور خاص. ويهتم سلافسون Slavson بالاختيار الدقيق للمتعالجين الذين تتألف منهم الزمرة العلاجية، أما وولف وWolf فيعمل على تطبيق المبادئ والمفاهيم الأساسية في المعالجة بالتحليل النفسي، وعلى السير وفق تقنيات هذه الطريقة وأهدافها على أنها الأفضل في سير المعالجة بين أفراد الزمرة العلاجية.

إن وولف وجماعته وإن اختلفوا من حيث التأثير بمفاهيم المعالجة بالتحليل النفسي إلا أنهم يتفقون في الإلحاح على مسألة التفسير. يقولون إن الموقف الجمعي يزود كلاً من أفراد الجماعة العلاجية والمعالج بمادة غزيرة صالحة للتفسير. فكل فرد في الجماعة يشارك في تفسير ما يبدو عند الآخرين، وسلوكه تجاههم وسلوكهم تجاهه. إن كل هذه المواد السلوكية غنية بما تقدمه في عمليات التفسير، ومهمة في استثارة التبصر الفردي بين أفراد الجماعة العلاجية.

المعالجة التي تعتمد التعبير الفني:

هناك أفراد لا يستطيعون الاتصال بالمعالج عن طريق الكلام اتصالاً مثمرًا ولكنهم قد يستطيعون التعبير عن مشاعر الجزع أو القلق، وعن الصراعات في نفوسهم بمساعدة الألوان والريشة، أو بأشكال الرقص. إن فهم المعنى الانفعالي للرسم أو للرقص أكثر صعوبة من فهم ما تنقله الكلمات. وكذلك فهم دلالات الإنتاج الفني أكثر صعوبة من اكتشاف الدليل اعتماداً على الكلام والتخاطب. ومع ذلك فإن هذا الاتجاه يستحق أن يدرس ويعتمد في مواقف علاجية خاصة.

المعالجة التي تعتمد التنويم:

ثمة معالجون نفسيون يعتمدون على مفاهيم المعالجة بالتحليل النفسي ومن التنويم بالإيحاء أو العقاقير. لقد اعتمد فرويد على التنويم بالإيحاء في فترة من حياته العلمية. ويرى بعض المعالجين النفسيين في الوقت الحاضر أن استخدام التنويم يمكن المتعالج من الغوص إلى أعماق اللاشعور وأخذ بعض محتوياته لتكون موضوعاً للشرح والتفسير من قبل المعالج. يسمى هذا الاتجاه باسم التحليل التنويمي Hypnoanalysis. فهو تحليل نفسي يتم من خلال التنويم. أما التحليل التخديري Narcoanalysis فيستخدم عقاراً يؤدي إلى التخدير ويسمح بتسريع عملية التداعي، ويسمح بظهور الصراعات والمخاوف اللاشعورية. إن استعمال العقاقير إجراء لا يقوم به المعالج النفسي. فإذا قام به الطبيب النفسي. أو تم تحت إشرافه، أمكن للمعالج النفسي عندئذ أن يتحمل مسؤولية المعالجة النفسية.

ب. العلاج السلوكي

توطئة:

العلاج السلوكي المعرفي هو ثمرة من ثمار الدراسات التجريبية في التعلم. وقد غدا في الستينات من القرن الحالي يحتل مكاناً في الصف الأول بين أشكال المعالجة التي كانت منتشرة آنذاك. ومع تطور النظرية، تكشف في المعالجة عن طريق السلوك منحيان رئيسان في فهم السلوك، ومعالجة ما يصيبه أحياناً من اضطراب أو انحراف. كما ظهر كذلك عدد من الإجراءات اللازمة في ممارسة المعالجة في حالات العصاب، والإدمان، والانحرافات الجنسية، ومشكلات التخلف العقلي والشديد منه بوجه خاص، ومشكلات سوء التكيف البسيط لدى الكبار والصغار. ومع انتشار هذا الاتجاه، دخل ميدان الطب النفسي، ولا يزال يلقي عناية واهتماماً بالغين.

ظهر مصطلح العلاج السلوكي Behavior therapy أول مرة في بحث نشره لازاروس عام ١٩٥٨ Lazarus بعنوان «طرائق جديدة في المعالجة النفسية»، وذلك في معرض حديثه عن وولب wolpe الذي كان قد شرح طريقته الجديدة في بحث نشره عام ١٩٥٤. لقد كان وولب يعمل في جنوبي أفريقية بمعزل عن الجهود في هذا الاتجاه في الولايات المتحدة وإنكلترا، وقد نشر أبحاثه في كتابه الكف المتبادل Reciprocal Inhibition الذي شرح فيه طريقته الجديدة، وقدر عمله على أنه رائد في العلاج السلوكي.

أما سكينر Skinner ومساعدوه، والآخزون بنظريته في التعلم فقد استعمل مصطلحاً آخر هو مصطلح تعديل السلوك Behavior Modification، وهذا هو المنحى الثاني في المعالجة التي تستند إجراءاتها على السلوك. يعمل المنحيان تحت مظلة واحدة، ويشتركان في الأسس والأغراض والأساليب مما يجعل من الممكن وضعهما معاً في تعريف واحد يقول إن المعالجة عن طريق السلوك وتعديله هي: «... المجموعة المنظمة لمفاهيم علاجية، وإجراءات علاجية تم تطويرها بشكل منهج من الملاحظات التجريبية، والتعديل التجريبي لسلوك الحيوان والإنسان. إنها ليست محدودة بتعلم رد فعل حركي بسيط... وبين ما تشمله وتلح عليه تقنيات تهدف إلى تعديل في تلك الاستجابات المعقدة التي يصعب قياسها مما يقع تحت اسم الأفكار والمشاعر»^(١).

(١) الحجار محمد. فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين.

إن في هذا الاتجاه في العلاج النفسي إلحاحاً على الإشراف بأشكاله المختلفة، وعلى مبادئ التعلم، وعلى الملاحظة الدقيقة للسلوك الحاضر، والإطار الاجتماعي الذي يحيط بالمتعالج. وفي الاتجاه كذلك إلحاح على الحالات الفردية، وعلى التعميم العلمي، ونزوع إلى التصدي لكل حالات العصاب، وحالات السلوك اللاإجتماعي وأمل في التصدي لحالات مختلفة من الذهانات الوظيفية.

لمحة تاريخية عن تطور العلاج السلوكي وتعديل السلوك:

تعود المصادر العلمية في العلاج السلوكي إلى عدد من الأعمال في مجال الإشراف في طرفين من العالم. ففي الطرف الروسي نجد تجارب بافلوف Pavlov (1849 - 1936) في الإشراف التي اهتم فيها بالفعل المنعكس الشرطي. وقد نشرت دراساته بالإنكليزية عام 1927، كما نشرت دراسات بختريف Beehterev عام 1928 عن الأسس العامة للأفعال المنعكسة. وكان لهذه الدراسات تأثيرها البالغ في مجالات البحث في أسس التعلم. أما في الطرف الأميركي فقد ظهر كتاب وطسن عام 1919 وعنوانه «علم النفس من وجهة نظر سلوكي» From psychology the standpoint of abehaviorist، فكان له تأثير شديد في نظريات التعلم. وبعد سنة ظهرت دراسة «وطسن» و«ريبنر» Watson and Rayner وفيها بيان يعتمد على دراسة تجريبية موضوعها الطفل «ألبرت» وعمره أقل من سنة يوضح إمكان توليد عصاب الخوف تجريبياً عن طريق تعلم إشرافي. وظهر بعد هذه الدراسة دراسة أخرى «لماري جونز» وموضوعها الطفل «بيتر» وعمره ثلاث سنوات، توضح إمكان توليد عصاب الخوف تجريبياً عن طريق تعلم إشرافي، كما تبين إمكان إزالة ذلك الخوف عن طريق إشراف مضاد، يتم بربط مؤثر الخوف بمثير منافس يؤدي وظيفة مرغوبة. ومنذ الثلاثينيات صار الإشراف يحتل مكانة مهمة في فهم التعلم، وبناء نظريات تتناول أشكالاً من السلوك المعقد، كنظريات تولمان، وغثري، وسكتر، وهث. وقد كانت هذه النظريات مقدمات لنشوء العلاج السلوكي. وفي الخمسينيات صار من الممكن الحديث عن العلاج السلوكي من حيث هو اتجاه علمي متميز يذهب إلى أن العصاب سلوك متعلم، وأن من الممكن إزالته بمعالجة تعتمد طريقة في التعلم تتطرق من الإشراف المناسب.

كان بين المقدمات عمل «كانتورفيتش» Kantorovich في اعتماد المعالجة القائمة على النفور في تغيير العادة، والتي استخدمت في معالجة المدمنين على المسكرات. وعمل «ماكس» Maks في

معالجة حالة من الانحراف الجنسي هي حالة التميمية Fetichism وقد استخدمت في الأمثلة السابقة الصدمة الكهربائية، والمركبات الصيدلانية التي تثير الرغبة في القىء. ويأتي عمل «وولب» في جنوبي أفريقية، ثم في الولايات المتحدة الأمريكية، معتمداً على الأعمال المخبرية في معالجة الأشخاص المصابين بمشكلات عصابية، كالخوف العصابي، ويقول: إن الخوف العصابي يتم في موقف تعلم ينطوي على مثير محدث للخوف، وإن من الممكن إحداث ذلك الخوف تجريبياً، ثم من الممكن إزالته وإبطاله بإشراط معاكس Counter - Conditioning. ثم تأتي أعمال «سكنر» Skinner ومساعديه بالإلحاح على الإشراط الإجرائي Operant - Conditioning في إجراءات المعالجة. كما ظهرت في إنكلترا أعمال في مقدمتها عمل «شابيرو» Shapero، و«آيسنك» Eysenek في مستشفى «مودسلي». وهكذا تشهد الستينات والسبعينات زيادة في انتشار المعالجة السلوكية. ففي عام ١٩٧٠ كلف الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين مجموعة بحث خاصة بإجراء تقويم للاتجاه السلوكي وقد نشرت هذه المجموعة تقريرها في عام ١٩٧٢، وقد جاء فيه: إن مجموعة البحث تؤكد الاعتقاد بأن المعالجة السلوكية، وصلت إلى مرحلة من التطور غدت معها قدرة على تقديم الكثير للمعالجين المتمرسين في مجالات الطب النفسي الاجتماعي والعلاجي.

وفي الوقت الراهن يمكن أن نلمح توسعاً في العلاج السلوكي، أكان هذا التوسع في البحث العلمي، أم في الممارسة. ويمكن رؤية ثلاثة مناحي رئيسة هي التالية:

١- منحى «وولب» ومن يسير في خطه وهو الذي ينظر إلى الاضطراب النفسي على أنه عادة منحرفة متعلمة، وأن من الممكن علاجه بتعطيل الإشراط واعتماد ما يعاكسه. هذا المنحى يسمى منحى المعالجة السلوكية Behavior therapy.

٢- منحى «سكنر» وجماعته. وهو الذي يلح على ملاحظة الاضطراب، أو السلوك المضطرب، وإحداث التعديل أو التغيير فيه انطلاقاً من مفهوم التعزيز والإشراط الإجرائي، ويسمى هذا المنحى منحى «تعديل السلوك» Behavior Modification.

٣- منحى «آيسنك» ومع والدته، وهو منحى يتطور بعد ظهور نظرية «وولارد» و«ميلر» في التعلم، والتي يتحدثان فيها عن دراسة مفاهيم التحليل النفسي انطلاقاً من الدراسات المخبرية لبيان مكانتها في التعلم. يقول «آيسنك»: حين ننظر إلى التداعي الحر ونفسره من جديد على أنه

طريق عملي في الانطفاء Extinction، وإلى الكبت على أنه كف مشروط لإشارات تشير استجابات مضايقة، يكون من المقبول القول إن الطريق الجديد للبحث هو اعتماد معطيات المختبر في تطوير تلك الوسائل المناسبة لإحداث الانطفاء في أشكال من الكف المشروط.

سير المعالجة السلوكية وتعديل السلوك^(١):

كيف تسير المعالجة السلوكية، وكيف يتم تعديل السلوك؟ في الإجابة عن هذا السؤال نقول: إن أهم ما في هذه الطريقة البدء وتوافر المعلومات اللازمة للمعالج لوضع المخطط العلاجي، واستخدام تقنيات معينة في سير عملية المعالجة، ثم التأكد من بلوغ المعالجة أهدافها. ويتم هذا من خلال المبادئ النظرية والمنطلقات في نظرية التعلم، ولا سيما التعلم الإشرافي. وقد سبق أن أشرنا إلى أن المعالجة المنطلقة من مبادئ الإشراف تنطلق من مفهوم يقول: إن حالات العصاب عادات «لا تكيفية» مستحكمة بدأت عند الشخص على شكل سلوك إشرافي، وإن الطريق إلى التغلب على العصاب يكون بإزالة ذلك الإشراف، أو ذلك السلوك المتعلم إشرافياً. ويعني ذلك أن التخلص من العصاب يقتضي نوعاً من التعلم باتجاه عكسي + بكلام آخر، إن السلوك المتعلم غير المقبول يجب أن يغدو تدريجياً غير متعلم. إن هذا الاتجاه أصل في تعديل السلوك، وفهم هذا الاتجاه الجديد في العلاج، أي العلاج المستند إلى السلوك وتكونه وتعديله، يقتضي فهم النظام الذي يسير المعالج حسبه وضمن شروطه. وفيما يلي نقف عند مثالين معروفين منذ البدايات الأولى لتطبيق هذه الطريقة، وهما دراسة «جونز» Mary Jones عام ١٩٢٤، ودراسة «سولتر» Andrew Salter عام ١٩٤٩.

تذكر «جونز» حالة الطفل «بيتر» وعمره ثلاث سنوات الذي تكون لديه خوف شديد من كل ذي فرو. وقد كان المثير الرئيس في تكون هذا الخوف لديه هو الأرنب. أوجدت جونز ارتباطاً إشرافياً جديداً بين مثير ينطوي على المتعة (الطعام) وبين الأرنب بحيث يؤدي هذا الارتباط الجديد إلى انطفاء حالة الخوف الشديد بشكل تدريجي، وسارت في التجربة كما يلي: كان الطفل يأكل بشهية حين جعلت الأرنب يمر على بعد مقبول من

(١) الحجار محمد: الوجيز في ممارسة العلاج النفسي السلوكي. دار النفائس، بيروت.

الطفل، ولم يرافق ذلك حدوث ضجة، أو صوت مفاجئ، أو حركات مزعجة. لقد ساعد الطعام، وبعد الأرب، وعدم حدوث ما يزعج، على التخفيف من ظهور سلوك الخوف لدى الطفل. تكررت التجربة مرات ضمن هذه الشروط، ورافق هذا التكرار حدوث تقرب تدريجي للأرب في مروره من مكان جلوس الطفل وهو يتناول طعامه، حتى انتهى الأمر بمرور الأرب أمام «بيتر» دون أن تظهر استجابة الخوف لديه.

أما «سولتر» فيحكى حالة امرأة كانت تخاف من الخروج وحدها خارج البيت، ووصل بها الخوف إلى حد الاعتقاد بأنها إن خرجت ستصاب بأمر خطير. وبعد تكوين علاقة الثقة بين المعالج والمتعالجة، صار يسير معها خارج الغرفة ولكن داخل المستشفى. كرر ذلك مرات منوعاً درجة الابتعاد عن الغرفة، ثم بدأ مرحلة جديدة يجعلها تخرج مع آخرين، ثم مرحلة ثالثة رافقها فيها خارج المستشفى، وتكرر ذلك، ثم صار يخرج غيره معها، ثم بدأت السير وحدها داخل المستشفى وخارج الغرفة، ثم خارج المستشفى. عندئذ اطمأن المعالج إلى بلوغ المعالجة أهدافها.

تقنيات المعالجة السلوكية وتعديل السلوك:

هناك أشكال من تصنيف الاضطرابات النفسية، ومن تصنيف أو تحديد حالات العصاب، وحالات السلوك اللاجتماعي، وأشكال سوء التكيف. وهناك اعتراضات على التصنيف يوردها القائلون بالمعالجة السلوكية وتعديل السلوك، منها انتقادهم للتدخل الموجود بين العديد من الاضطرابات في الأعراض، وشروط التكون والآثار الظاهرة في السلوك. ويؤثرون توجيه العناية في المعالجة إلى المشكلة مهما كان الاسم المستعمل في تحديدها.

وحيث يتم للمعالج تحديد المشكلة، ينتقل إلى تحديد شكل أو أكثر من تقنيات المعالجة. واختيار تقنية المعالجة يتأثر بما كونه من معرفة عن أعراضها وحدودها لدى المتعالج، وبما عرفه من قبل عن التقنيات المثمرة في معالجة مثل هذه الحالة.

يذكر جماعة المعالجة السلوكية وتعديل السلوك عدداً كبيراً من التقنيات التي يمكن اعتمادها. وإن تنوعها، وتنوع فائدتها دليل على المجال الواسع الذي يمكن استخدامها فيه والذي يشمل الضعف العقلي، وحالات سوء التكيف البسيط، وحالات العصاب، والسلوك

غير الاجتماعي، وبعض حالات الاضطراب الذهانية، والحالات الجسدية النفسية المنشأ. تضم قائمة التقنيات (٢٥) خمساً وعشرين منها وضع «وولب» المخطط في (١٤) أربع عشرة منها. ثم تكاملت القائمة بجهود الذين عملوا بعده، وجهود جماعة الإشراف الإجرائي وتعديل السلوك.

تضم قائمة وولب التقنيات التالية: تأكيد الذات، استجابة الجنس، استجابة الاسترخاء، خفض الحساسية المنظم، استجابة التجنب الإشرافية، استجابة التخلص من القلق، المعالجة بالنفور، استجابات الإطعام، استجابات النفور، الاستجابات العاطفية الممرضة عن طريق المقابلة، إطلاق الشحنات المكبوتة، إصلاح المفاهيم الخاطئة، إيقاف الأفكار، العقاقير.

وتضم قائمة التقنيات التي ظهرت عند غيره عدداً آخر بينها: تقنية تخيل الجزيرة المقفرة، استراتيجية الدائرة الداخلية، إعادة البناء المعرفي، الطرائق الجماعية، المخيلة العاطفية، وعدداً من الإجراءات التي تتصل بتكوين الاستجابة، والتعزيز، واعتماد الزمن، واعتماد الضبط الذاتي الخ.

ب . العلاج السلوكي المعرفي

توطئة:

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

والعلاج النفسي السلوكي المعاصر يسلّم بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية، والاضطرابات، تعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه، وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة، عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية (أي المعتقدات) في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه المفاهيم: فهي عند أدلر Adler تشير إلى «أسلوب الحياة» الذي يتبناه العصابي أو الذهاني. وعند البعض الآخر تشير إلى «أساليب الاعتقاد»، ويستخدم البعض الثالث مفهوم «الفلسفة الشخصية». أما «ألبرت إليس» Ellis فيستخدم مفهوم «الدفع المتعقل». وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فإنها تتفق على أن الاضطرابات النفسية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه، وعن العالم. أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين. وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن تتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض. أو في الأعراض التي دفعته إلى طلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين في العلاج النفسي أن كل أشكال العلاج النفسي . بما فيها العلاج السلوكي . تُعلِّم الناس أن يفكروا، وأن يشعروا، وبالتالي أن يسلكوا بطريقة ملائمة ومختلفة. ومن ثمَّ فإن نجاح العلاج النفسي، أو نجاح الشخص في التغيير الإيجابي، يجب أن يكون مصحوباً بتحسّن في طريقة تفكيره، والتغيير فيها^(١).

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد باضطرابات الشخصية والسلوك:

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي، فإن المنهج الأفضل في التعديل المعرفي يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة. والفكرة الرئيسية التي

(١) إبراهيم، عبد الستار. العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت ١٩٨٠. (ص٢١٦).

تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى أنه لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك. فهي تتفاعل فيما بينها، ويكمل بعضها بعضاً، فالإنسان ليس منفصلاً فقط، لأنه وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى أفعال ونشاطات خارجية. وبالمثل فإنه حين يقوم بعملية تفكير، في حل مشكلة معينة، تصحبه جوانب انفعالية تتعلق بالموضوع الذي يفكر فيه ... فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك إنسان معين، نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذي يسببها. والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة. بل هو عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي)، الذي وإن بدت مظاهره متنوعة، فإنها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة. ولهذا فمن الممكن - نظرياً - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. فإذا كنت أشعر باستثارة انفعالية (قلق، خوف، اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فإن من الممكن أن أهدئ انفعالي وأضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلاً ضبط المظهر السلوكي للانفعال ... كضبط الخوف باستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء، أو التطمين، أو تأكيد الذات، أو بواسطة العقاقير المهدئة. لكن من الممكن أيضاً ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس، أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كالمعالج، أو المختص النفسي، أو الصديق ...) وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير إلى تغيير في حالتنا الانفعالية^(١).

الأساس المعرفي للسلوك ووضعه في معادلة مبسطة^(٢):

إذا افترضنا مع «أليس» أن حادثة معينة A، (مثل وفاة قريب، أو حادثة طلاق، أو فشل في امتحان، أو إهانة من شخص، أو فصل من عمل) قد أثارت استجابة انفعالية C،

(١) المرجع نفسه (ص ٢٢٢).

(٢) الحجارة محمد: فن الإرشاد السريري المختصر - دار الرسالة.

(مثل الحزن، أو القلق، أو السرور ...)، فإن حدوث الحادثة A ولو أنه يعتبر مثيراً للحالة الانفعالية الناتجة C، فإنه لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيس لهذه الاستجابة. وذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف من شخص لآخر نتيجة لطريقة إدراكه وتفكيره في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداته عنها. أي أن B، وهو أسلوب إدراك الحادثة، وليس الحادثة A، هو الذي أدى إلى الانفعال C، وهو المسؤول عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فإن شعورنا بالاكئاب، أو الحزن المرضي الشديد (C) إثر خسارة شخص عزيز (A)، لم ينشأ إلا نتيجة لما نسجنه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (B)، (تصوري مثلاً بأنني فقدت السند في الحياة، وسوف أضيع بعده). لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مضطربة دائماً. فقد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع إيجابي، أي أن الشخص قد يأخذ من الفشل والخسارة عبرة، ويحاول أن يطرح من شخصيته الأشياء التي أدت إلى الفشل، ويتبنى خطة جديدة تحقق له النجاح. إذن ما يقوله الشخص لنفسه هام جداً. فقد يكون تفكيره عند الفشل: «إنه لشيء سيء حقاً أن تكون الأشياء كما لا نشتي لها أن تكون، ولكن يجب أن أحاول بكل جهدي أن أغير الظروف التي أدت إليها، بحيث تكون الأشياء مستقبلاً مقبولة ومحتملة إلى حد ما».

إذن وراء كل انفعال - إيجابي أو سلبي - بناء معرفي، ومعتقدات سابقة لظهوره. ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (أي بعض السلوك جيد، وبعضه سيء، وبعض الانفعالات إيجابي، وبعضها سلبي)، فإن التفكير المصاحب لهما، أو السابق لهما، يتفاوت أيضاً من حيث المعقولة واللامعقولة. فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون جيداً، والانفعال سيكون إيجابياً ودافعاً إلى المزيد من النشاط والبناء. أما إذا كانت طريقة التفكير لا معقولة ولا منطقية فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب. لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

- 1- اعتقادات منطقية ومتعلقة، ويصحها في الغالب حالات وجدانية ملائمة للموقف. وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضوج الانفعالي، والخبرة، والعمل، والبناء.
- 2- اعتقادات لا منطقية وغير متعلقة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرهما).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعلقة، فإن هذا يتوقف على

انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمتنا الأساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير لا منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية، والهزيمة، والانسحاب، وبالتالي الشعور بالضآلة وعدم الفعالية.

ويقودنا ما سبق إلى ضرورة الإلمام بأنواع الأساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة:

يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي إلى فئتين:

١- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات.

٢- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

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

وعندما يواجه الفرد أي موقف أو شخص، فإنه ينظر إليه، أو يتعامل معه وفق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو الرغبة في مناصبته العدا، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالإقبال أو الإحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة، ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والآخرين. ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات، فإنه يجب أن يكون مرتبطاً، أو ناتجاً عن أخطاء في محتوى الأفكار والمعتقدات الشخصية للعصابي. أي ما نسميه بالأفكار ووجهات النظر اللامنطقية.

إذا كان الشخص العصابي إنساناً يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياته، أو شخصاً يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته - نظرياً - على تحقيقها تحقيقاً سليماً، فإنه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقّلة، ولا منطقية، ولا واقعية.

والآن نتساءل ما هي التصورات أو الفلسفات اللاواقعية التي من شأنها إذا ظهرت

لدى شخص معين، أمكن القول بأنه شخص مضطرب نفسياً، أو أنه على وشك أن يكون كذلك، أو أن نتوقع بأنه سيتصرف بكفاءة أقل، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جراء هذا؟ فيما يلي بعض الأفكار التي تبين أن الشخص إذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فإنها تؤدي به مباشرة إلى إثارة الاضطراب والهزيمة^(١). وقد ذكرنا مع كل فكرة نصين، يشير الأول إلى الخطأ في التوجه، في حين يشير الثاني إلى التوجه الصحيح، أي التفكير الصحيح الذي لا ينتهي بصاحبه إلى الاضطراب.

إليك فيما يلي (١٢) اثنتي عشرة فكرة أو معتقداً تسبب الاضطراب الانفعالي وما يقابلها من أفكار تزيل الاضطراب.

١- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن من الضروري أن يكون مقبولاً ومحبوياً من قبل الناس مهما كانت الأفعال الصادرة عنه.

الصحيح: على الفرد أن يركز جهده على احترام ذاته، وعلى كسب قبول الناس له من خلال أهداف عملية ينجزها. وعلى أن يقدم الحب للآخرين وليس أن يطلب محبتهم.

٢- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن أفعالاً مخيفة وشيطانية تصدر عن بعض الناس، ويجب أن تقابل بالعقوبة والسخط الشديدين.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن بعض الأفعال قد تكون غير مرغوبة ومضادة للمجتمع تصدر عن بعض الناس. وأن الذين يقومون بها إنما يسلكون مسلكاً أحق، وسلوكاً مريضاً، وأمثال هؤلاء محتاجون إلى العون لتبديل هذه السلوكيات السيئة.

٣- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن الأمور تغدو مخيفة لا تطاق، ولا يمكن تحملها عندما لا تسير في الطريق الذي يرغبه.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن الأمور - عندما لا تسير وفق رغبته - فإنها تغدو سيئة، وليست مخيفة، وأن يسعى إلى تبديلها أو السيطرة عليها وعلى الظروف المحيطة بها لتصبح أكثر مسرة. أما إذا فشل في تبديل الظروف بحيث تكون وفق رغبته فالأفضل له أن يقبل بها كواقع ولو بشكل مؤقت.

٤- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن شقاء الإنسان يأتي من الخارج، من المحيط، من الناس،

(١) المرجع نفسه.

من الحوادث.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن الاضطراب الانفعالي مرده إلى نظرتة هو ومعتقدة الذي يحملة عن أفعال الناس، والحوادث التي تصيبه.

٥- الخطأ: أن يعتقد الفرد أنه إذا ما تعرض لشيء خطير أو مخيف أن يرد على هذا الشيء المهذّب بالانزعاج الكبير.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن عليه أن يواجه الشيء الذي يهدده، ويجرده من محتوى الخطر الذي يفكر فيه. وإذا أخفق في ذلك، فعليه أن يقبله كشيء لا بد منه.

٦- الخطأ: أن يعتقد الفرد أن من الأسهل عليه أن يتجنب صعوبات الحياة، ويبتعد عنها بدلاً من أن يواجهها ويتحمل معاناة مسؤولياتها.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن ما نسميه بالسهل هو الأصعب والأقسى على المدى البعيد.

٧- الخطأ: أن يعتقد الفرد أنه بحاجة إلى شيء، أو إنسان أقوى من ذاته ليعتمد عليه في مسيرة حياته.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن من الأفضل له أن يجازف في تفكيره وفي أفعاله معتمداً على نفسه بدلاً من الاعتماد على الغير.

٨- الخطأ: أن يعتقد الفرد أنه ينبغي أن يكون كضواً منافساً طليقاً وذكياً في الحياة، وأن يقدم إنجازات جيدة في كل الظروف.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن عليه أن يفعل، وليس أن يحتاج دوماً أن يفعل وينجز إنجازاً جيداً، وأن يقبل ذاته في حالتي النجاح والفشل نظراً لأنه مخلوق ناقص غير كامل، وله حدود لا يستطيع تجاوزها، وعنده قابليات نوعية لا يمكنه تخطيها.

٩- الخطأ: أن يعتقد الفرد أنه إذا ما أثر في حياته شيء ما تأثيراً قوياً، فإنه سيظل تحت تأثيره طوال حياته.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أنه يستطيع أن يتعلم من تجاربه السابقة ولكنه يجب ألا يرتبط بها أو يكون عبداً لها.

١٠- الخطأ: أن يعتقد الفرد أنه يجب عليه أن يسيطر على الأشياء سيطرة كاملة.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن العالم تحفه الاحتمالات والفرص والحظوظ، ومع

ذلك، ورغم عدم قدرته السيطرة على الأشياء، يستطيع أن يتمتع بالحياة.

١١- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن **سعادة الإنسان يمكن الوصول إليها بالكسل** والعطالة

وعدم العمل.

الصحيح: أن يعتقد الفرد أن البشر يكونون في قمة السعادة حين ينشطون لتحقيق

الأعمال المبدعة، وحين يكرسون أنفسهم لخدمة الآخرين، وخدمة المشاريع الخارجة عن

مصالحهم الذاتية.

١٢- **الخطأ:** أن يعتقد الفرد أن **لا سلطان له على انفعالاته ولا يستطيع إسعاد ذاته.**

الصحيح: أن يعتقد الفرد أنه قادر على كثير من السيطرة على عواطفه المخزية

وتبديلها^(١).

(١) الحجار، محمد حمدي. من مقال غير منشور.

obbeikandi.com

النظرية العقلانية الانفعالية والعلاج العقلاني-العاطفي «ألبرت إيليس»

سبق أن بينا أن عالم النفس المعرفي «ألبرت إيليس» A.Ellis 1976 ألقى على أهمية تبديل طريقة المتعالج في إدراك المشكلة التي تواجهه وتسبب له الاضطراب، إنه يقول: إن ردود الفعل العاطفية السلبية التي تصدر عن فرد ما هي في الحقيقة ردود أفعال عن إدراكه للخبرة التي يمر بها، وليس عن الخبرة ذاتها، أو المشكلة ذاتها. وعندما يمر الفرد بخبرة مزعجة، فإن المعتقدات العقلية Rational beliefs التي يكونها عن الخبرة، تساعد في تكوين إدراكه حول هذه الخبرة بأنها مزعجة مكدرة، أو عادية مألوفة، وتزوده بالتالي بطرائق التعامل مع الموقف، معاملة فيها تكيف سيء، أو معاملة فيها تكيف أفضل. وهكذا يمكننا القول: إن المعتقدات اللامنطقية تنتج ردود فعل مغالية ومبالغاً فيها^(١).

لننظر في الأمثلة التالية:

• **المثال الأول:** أنت في مصعد كهربائي مكتظ بالناس اكتظاظاً لا يسمح لأحد بالاستدارة والنظر إلى الوراء. وفي لحظة من اللحظات شعرت أن أحد الأشخاص خلفك أخذ ينقر ظهره بأداة في يده. أنت في هذه الحالة لا تقدر على الالتفات إلى الخلف لتوقف هذا الإزعاج «الوقح». ولهذا، وكما يفعل معظم الناس في مثل هذا الموقف، بدأت تشعر بالغضب، والانزعاج، والتوتر من هذا السلوك «الأرعن». وعندما توقف المصعد في أحد الأدوار، وخرج منه بعض الناس، وشعرت أنك تستطيع أن تلتفت إلى هذا «الأرعن» وترشقه بالكلمات المناسبة لسلوكه «اللاأخلاقي»، وجدت أنه رجل ضريب، وأنه لم يكن يدري أنه كان ينقرك بعصاه. والسؤال هل بقيت غاضباً بعد أن أدركت أنه أعمى؟ وهل تحرك لسانك الذي أعدته لرشقه بالكلام المناسب لفعله؟ في الحقيقة ستجد أن لسانك وغضبك قد أجمعا معاً. وربما سينتابك شعور بالشفقة بدلاً من الغضب. وربما شعرت بالذنب لأنك فكرت في لوم هذا الضريب ونقد سلوكه.

والآن نسأل: ما سبب هذا التبدل في المشاعر الذي حدث في المثال السابق؟

(١) الحجار محمد: الحقيقة التدريبية: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات في الإصلاحات. الجزء الأول. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب في الرياض.

والجواب هو: اختلاف موقفك بسبب اختلاف إدراكك للموقف. فأنت في البدء كنت في أشد الانزعاج بفعل، وأوبلاتك للموقف. ولكن عندما اكتشفت أن الرجل أعمى بدلت تفكيرك، وبالتالي تبدلت انفعالاتك من الغضب والحنق إلى الشفقة والصفح. وهنا يجب أن نلاحظ بأن الحادثة الخارجية واحدة، ولكن الذي تبدل هو التفكير والعواطف.

• **المثال الثاني:** لنفترض أن صبيين يلعبان على شاطئ البحر الرملي. وأن موجة كبيرة جاءت مسرعة وضربت الاثنين معاً فطرحتهما أرضاً، وانغمرا في الماء. هذه مفاجأة غير متوقعة، جعلت أحدهما يخاف ويهرب إلى أمه يبكي ويرتعد. أما الثاني فتهض مسروراً من مداعبة الموجة له، وقرر أن يبقى في مكانه في انتظار موجة أخرى ليتسلى ويستمتع.

هنا أيضاً نحن أمام موقف خارجي واحد تعرض له الطفلان، ولكن رغم التماثل في التعرض لهذا الحادث الواحد فقد اختلف رد الفعل عند الطفلين. ومن المؤكد أن هذا الاختلاف في رد الفعل لم يكن بسبب الحادثة الخارجية، ولكن يوجد عنصر آخر سبب الاختلاف في رد الفعل فجعل الأول ينفر إلى أمه والثاني يبقى ليداعبه. وقبل أن نشرح هذا العنصر الذي تدخل في خلق اختلاف رد الفعل نضرب مثلاً جانبياً آخر: فإذا طلب إليك أن تقرأ الكلمات التالية: شجرة، كتاب، هروب، جنس. فهل تسبب لك أي منها انزعاجاً، أو رد فعل انفعالي من أي نوع كان؟

وبالتأكيد سيكون الجواب كلا. لأن الكلمة لا تسبب أي رد فعل، وأن الذي يسبب رد الفعل هو موقفك من الكلمة، أي تفسيرك لها، ومعناها عندك.

والشيء نفسه نقوله عن الصبي الذي هرب إلى أمه. لقد فسر الموجة على أساس تخوفي، أما الصبي الآخر، فقد فسر الموجة على أنها مجال للعب. إذن فعنصر التفكير ذاته هو الذي أعطى الحادثة الخارجية معنى فخلق الخوف والسلوك التخوفي عند طفل، وخلق الطمأنينة والمسرة عند الطفل الآخر.

مثل هذه المواقف تتكرر في الحياة العملية الواقعية، وهي تواجه كل الناس، بعضهم يصابون بالاضطراب عند مواجهتها (اكتئاب، قلق، شعور بالدونية والنقص، وضعف الثقة بالذات، مخاوف اجتماعية كالخوف من الكلام أمام الناس أو تناول الطعام، أو النظر في عيون الآخرين). وبعضهم الآخر يبقى متمسكاً قوياً في مواجهتها. فما هو السبب في

اختلاف الرد؟ بكل بساطة نقول إنه تفكير الفرد وتأويلاته للحوادث، ونوعية النظر إليها هي التي تحدث الاضطراب أو لا تحدثه. إن هذا يعني أنه لا يوجد صديق، أو موقف، أو حادثة تجعلك تشعر بالقلق أو بالإثم، أو بالدونية أو بالنقص، لأنك أنت الذي تخلق في ذاتك هذه المشاعر والانفعالات السلبية. أنت المسؤول عن خلق هذه الاضطرابات في ذاتك وليس المواقف والأشياء التي تتعرض لها. وهنا تكمن أهمية العلاج العقلاني - العاطفي، أو العلاج الفكري - الانفعالي.

لقد لخص Ellis هذه الطريقة في المعالجة بالمعادلة البسيطة التي سبق أن شرحناها وسميها طريقة ABC. فإذا افترضنا أنك تعرضت للنقد من قبل شخص ما، ورددت على هذا النقد بالغضب أو بالدفاع، وإذا أردنا أن نضع للرموز ما يعادلها من إجراءات تكون أمام التالي:

A- حادثة النقد (الزعيق - الخمش والظلام) **حرامي** ليس دائماً واضحاً.

B- المعتقد أو التفكير حول حادثة النقد A.

C- رد الفعل الناجم عن المعتقدات أي الغضب والدفاع.

بعض الناس يتلقون النقد بصدر رحب، وعقل مفتوح، ويرون فيه فرصة للنمو والتطور وتحسين الأداء، ولكن بعضهم الآخر يرى فيه إهانة وإذلالاً وعدواناً على الذات. فإذا كنت من النوع الثاني فستنتهي إلى ما انتهوا إليه من غضب واضطراب. لذا ذكرنا في مكان سابق عدداً من الأفكار التي تعتبر خاطئة توصل إلى الاضطراب، وذكرنا معها الأفكار الصحيحة التي تبعد صاحبها عن الاضطراب. وإذا أردنا أن نلخص الأفكار المولدة للتعاسة النفسية وجدنا أنها تتلخص في كلمتين: كلمة مخيف، وكلمة يجب.

إن كلمة مخيف تتضمن المغالاة في الموقف والتضخيم فيه وبالتالي تؤدي إلى الشطط بالانفعال مما يستخدم معه ألفاظ فيها كل معاني الرعب والرغبة الشديدة التي نعبر عنها بعبارات كالتالية: إنه لأمر مفرح حقاً. أو يا إلهي، أو أنا لا أستطيع تحمل ذلك ...

أما كلمة يجب فتتضمن بدورها معنى المطلق، ومثلها الكلمات التالية: يتحتم، يتعين، ينبغي، احتاج، أصر على كذا ... وكلمة يجب تظهر في عبارات كالتالية: كان يجب ألا يكون ذلك، يتعين أن أكون محبوباً، يتحتم علي أن أكون الأول.

- ١- التصدي للمعتقدات غير المنطقية ومهاجمتها، وذلك من خلال جلب الجوانب السلبية المهذمة للذات، وغير المنطقية إلى ساحة وعي المريض واهتماماته.
 - ٢- تعيين مهمات «منزلية» ينجزها المتعالج في البيت، وتعلق بتعامله مع الناس بهدف إزالة التحسس، ومساعدته على التفكير والتصرف بصورة أكثر منطقية وعقلانية.
 - ٣- السيطرة الإجرائية على التفكير والانفعال من خلال استخدام عنصر التعزيز، أو تقنيات الاشراف الإجرائي لمساعدة الفرد في تنظيم ذاته، وتبديل سلوكه الظاهر، وتفكيره غير المنطقي. إن المتعالج، من خلال عملية التعزيز الذاتي باستخدام الأشياء التي يتمتع بها، أو يلتذ بممارستها، (كالطعام والهدايا)، يتعلم كيف يتخلص من معتقداته اللامنطقية وأفكاره السلبية المهذمة لذاته. ومن الوارد أيضاً لجوء المتعالج إلى معاقبة ذاته بالقيام بأعمال مزعجة، (كتنظيف الدار، أو إتلاف النقود الورقية) كلما تقاعس عن محاربة تلك المعتقدات اللاعقلانية.
 - ٤- تطبيق تقنية العلاج الجماعي على أساس تثقيفي وتنافسي، حيث يقوم أفراد المجموعة بتنفيذ تمارين تتسم بالمخاطرة الاجتماعية (كالهجوم على خجلهم). لأن معتقداتهم اللامنطقية تجعل أعمالهم مخجلة، كما تتطوي على مخاطرة بمكانتهم الاجتماعية.
 - ٥- التدريب على تأكيد الذات من خلال إعطاء المتعالج وظائف، أو مهمات منزلية تبعث على القلق، لكي يواجهها المتعالج بتبديل أفكاره المثبطة. إن التدريب هنا يقصد به إثارة مواقف اجتماعية تبعث على القلق، وتحرض الاستجابة الانفعالية «التوتر» ليعود المتعالج فيواجه هذا التوتر وسيطر عليه. إنه تدريب للسيطرة على التفكير والذات معاً بهدف إزالة المخاوف والمثبطات. ولا بد من وضع معايير منطقية لمعرفة مدى تقدم المتعالج في تبديل سلوكه الانفعالي السلبي.
- إن تقنية «إليس» هذه تفترض أن بالإمكان أن نقضي آثار مشاعر القلق والاكتئاب، والشعور بالإثم، والعداوة في ميل الإنسان لإيقاع نفسه في كارثة أو ارتكاب عمل يؤدي إلى تخريب ذاته، ويتجلى ذلك في تمسكه أحياناً بالخبرات السيئة التي يجب ألا تكون موجودة، وكأنه يهدف إلى معاقبة ذاته وتهديمها.
- ويسمى «إليس» هذا الميل الإنساني باجترار الأفكار والتكلم مع الذات إيجابياً. Masturbation، ويتمثل في عبارات من مثل: يتعين علي أن أكون منافساً، وأكسب قبول كل فرد «وعليك أن تعاملني بلطف وكياسة واعتبار» و «يجب أن تتوافر في حياتي الظروف السهلة الميسرة والسارة».

وبالطبع إن ديناميكية هذه الكلمات لا تكمن في حرفيتها بقدر ما تكمن في الموقف الذي تتخذه، ونصمم على اتخاذها، وفي المعنى خلف هذه الكلمات. إن الموقف وراء كلمة مخيف فيه تضخيم ومغالاة غير واقعية. فعندما تبالغ بالخوف بكلمة «أمر مخيف» فمعنى هذا أنك تحول الخيبة إلى كارثة. وكأنك تقول $2 + 2 = 400$ بدلاً من 4. أما الموقف وراء كلمة «يجب» أو «يتعين»، فهو مطلب تفرضه على ذاتك، وهو غير واقعي. وعندما تأمر ذاتك بكلمة «يجب علي أن أعمل كذا» فمعنى هذا أنك تحول الرغبات إلى مطالب مفروضة على ذاتك، وكأنك تقول: إن على اللون الأحمر أن يصبح أزرق، أو قولك يجب ألا تمطر السماء عندما تكون تمطر في الواقع. فيجب تعني أنه يجب أن أحصل على مطلبي بطريقتي.

الآن ماذا يجب أن تفعل حتى تزيل كلمتي «مخيف» و «يجب» اللتين تسببان لك المتاعب النفسية؟ والجواب هو أن تتحدى بعناد، وتتساءل عن مصداقيتهما عندما تبرزان في ذهنك. ويكون هذا التحدي والتصدي بأن تطرح على نفسك، وببساطة كلمة «لماذا». لماذا هذا الأمر مخيف؟ وأين البرهان على أنه مخيف بالصورة التي ترجمها لك عقلك؟ يجب أن تتاهض تفكيرك الخاطئ، وتخضعه من جديد للمعاينة والتمحيص والنقد والاستبصار. فإذا عاينت أي موقف بدقة، فستكتشف أنه لا يحتوي على ما هو مخيف بالصورة التي تتصورها. قد تكتشف أنه موقف يدعو للأسف أو للانزعاج، ولكنه ليس مخيفاً ومرعباً. إن النظر للأشياء والأمور بهذه الطريقة يجعلك على درجة مناسبة من الانزعاج لا تصل إلى حد الجزع أو الاضطراب الهستيرائي.

وعندما تدحض أفكارك الخاطئة التي تحتوي على كلمة «يجب» بالسؤال «لماذا يجب أن يكون الأمر كذلك !!» أو «من قال إن هذا يجب!!» فالإجابة على «يجب» هو ألا يكون هناك «يجب». ومن الأهمية بمكان أن تدرك أن الواقع هو واقع وليس كما ترغب أن يكون هذا الواقع. بتعبير آخر، لا تنظر إلى الواقع كما يجب أن يكون، بل كما هو واقع. وتذكر أيضاً أنك لا تدير الكون، ولا تسيطر عليه، ولا تملك نواميس الحياة وأقدار البشر، فأنت عبد ضعيف، وقواك محدودة. وعندما تؤمن بهذه الحدود، ويقصورك كإنسان تجد أن كلمة «يجب» لا تسهل إلى تفكيرك.

والآن بعد أن شرحنا ما هو السؤال الذي تطرحه على نفسك حتى تصحح تفكيرك الخاطئ بكلمة «لماذا يجب»، و «لماذا أمر مخيف» تتابع مناهضة الأفكار الخاطئة وطريقة تصحيحها. ويتم ذلك بإضافة حرفين إلى المعادلة السابقة هما الحرفان D و E وبذلك

تصبح المعادلة A, B, C, D, E. والحرف D يعني التساؤل والمناهضة: لماذا الأمر مخيف؟
أما الحرف E فيعني تصحيح المعتقد والفكر الخاطئ كما يلي: ليس الأمر مخيفاً حقاً،
ولكن قد يكون مزعجاً. وبدلاً من أن يذم الفرد ذاته ويحقرها، يتحول إلى ذم السلوك
الذي صدر عنه وينبثق الفكر الجديد المصحح الذي يأخذ الصورة التالية:

♦ الحادث ليس بالسوء الذي تصورته.

♦ إنه مزعج مخيب للأمل فقط.

♦ الموقف ليس كارثة.

♦ أنا أستطيع أن أتحملة وأتعامل معه.

هل وصلنا بعد هذا الشرح إلى الوصفة السحرية التي تزيل التفكير الخاطئ، وتزيل معه
المشكلات الانفعالات؟ والجواب **«نعم»** و **«لا»** في الوقت نفسه. **نعم** لأن تصويب الأفكار معناه
تصويب الانفعالات وجعلها في الحدود السوية التي تسمح للفرد أن يتعامل مع مشكلاته ومتاعبه
النفسية. **ولا**، لأن عملية تصويب الأفكار وتصحيحها ليست سهلة. وهي وحدها غير كافية رغم أنها
الخطوة الأولى الهامة في عملية التصويب والتصحيح. ذلك أنه يجب بذل جهد مستمر في مراقبة
الانفعالات المغالية، والتعرف على ما وراءها من أفكار خاطئة. والعمل على تصحيحها.

سننتهي مما سبق إلى أن الفرد يستطيع على المستوى **المنطقي العقلاني** أن يتحمل
الخبرات السلبية، ويساعده على هذا التحمل امتلاك نظام للقيم يتضمن الرغبة في
البقاء، والعيش بسلام وسعادة، والحصول على القبول من الآخرين. **أما المعتقدات غير
المنطقية**، وما ينتج عنها من نتائج غير ملائمة - إدخال الأفكار شيئاً فشيئاً - فيجب أن
تناهض حتى لا تؤدي بالفرد إلى **التخبط**⁽¹⁾.

ويرى بعض المعالجين النفسيين أن التقنيات المطبقة في العلاج الانفعالي - العقلاني،
أو العاطفي - العقلاني، أكثر فعالية من أنظمة العلاج المعرفي الأخرى، لأنها تساعد الفرد
على **التصدي لمعتقداته** التي تخلق لديه **الاضطراب**، كما تتصدى للبنى المعرفية، والمواقف
التي تصوغ شخصيته، بتعبير آخر، إنها عملية **إعادة تركيب للبنية المعرفية وتصحيح لها**
Cognitive restructuring. **وتتضمن هذه التقنيات ما يلي:**

(1) الحجار، محمد حمدي، فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين ١٩٩٠ (ص ٤٦).

وفي الحقيقة، يتعين تعليم الأفراد أن يدخلوا في صراع مع التوقعات غير المرضية واخضاعها، والسيطرة عليها، وذلك من أجل أن يقبلوا ذاتهم، وأن يقبلوا ذات الآخرين قبولاً غير مشروط، وبالتالي وضع حد للإزعاجات التي تفرض ذاتها، والإجباطات التي تصدر عن هذه اللاعقلانية. إن هذه التقنية تساعد الأفراد على التخلص من اضطراباتهم من خلال تحديد مقولاتهم الذاتية، والإفلاع عن المغالاة في تعميمها. إن الكلام مع الذات يجب أن تعاد صياغته ليصبح أكثر منطقية. مثلاً يجب أن يقول الفرد لذاته: «عندي بعض السمات السيئة» بدلاً من أن يقول: «أنا إنسان تافه لا قيمة له ولا وزن». إن هذه التقنية ليس لها معايير قابلة للبرهان عن التبدلات العلاجية التي تحدثها، إلا أنها من ناحية أخرى تساعد الأفراد على أن يكونوا أفضل مما كانوا عليه. إن المريض المصاب بالرهاب من السفر يعتبر معافى عندما:

- ١- يعتقد اعتقاداً تاماً أن السفر قد لا يكون مبهجاً، ولكنه ليس مخيفاً ولا مرعباً.
- ٢- يستطيع التفكير بالسفر دون أن ينتابه القلق وما يصحبه من ارتعاشات فزيولوجية كخفقان القلب والتعرق.
- ٣- يستطيع الإقدام على السفر وليس تجنبه والإعراض عنه.
- ٤- يستطيع استخدام الطرائق السلوكية التي تعلمها للتغلب على أنواع أخرى من الرهاب قد يتعرض لها في المستقبل^(١).

(١) المرجع نفسه (ص ٤٩).

obbeikandi.com

العلاج بإزالة التحسس (التعرض المتدرج) أو خفض الحساسية المنظم

مما يسهل فهم تقنية «خفض الحساسية المنظم» systematic desensitization الإشارة إلى ثلاثة أمور^(١):

الأول: التفاعل المستمر بين الفعاليات الجسدية والفعاليات النفسية، والأمثلة
في هذا المجال مظاهر الهيجان في الوجه، والتوتر العضلي. واضطراب الجسم
عامة، وأثر ذلك كله في ارتفاع شدة الهيجان أو انخفاضها.

الثاني: مفهوم الكف المتبادل Reciprocal Inhibition الذي اعتمده «ولبي» wolpe
في الحديث عن الاستجابة المنافسة competitive response (وحيث الاستجابة التي
تكون أكثر شدة من استجابة أخرى أضعف منها) مثل الاستجابة نحو الطعام حينما
نسعى إلى إضعاف استجابة الخوف عند الطفل من خلال استجابة إشرافية أقوى
من الأولى، وذلك بهدف إطفاء سلوكها الخوف عند الطفل.

الثالث: مفهوم الحساسية (Sensitization) وهو يشير إلى ما يتكون لدى
الشخص من حساسية خاصة أو تهيؤ انفعالي في مواجهة أمر حياتي أو
موقف يحدث له الخوف أو القلق. وأن مفهوم خفض الحساسية
DESENSITIEVATION يشير إلى خفض الحساسية من الخوف الإشرافي
تخفيضاً منظماً يؤدي في نهاية الأمر إلى إطفاء السلوك الإشرافي
التخوفي أي إزالة الحساسية منه. وبتعبير آخر إن الخوف الإشرافي
الشديد الذي غدا يُستثار بشعور داخلي بالتهديد يمكن أن يخفض تخفيضاً
يؤول إلى زواله بتعريض الشخص الذي عنده هذا الخوف إلى مواقف
متدرجة تصاعدياً حسب تسلسل هرمي تكون ذروته الخوف الهدف المراد
إطفائه. وقد سبق ونوهنا إلى أمثلة من هذا الخفض في تجربة «واطسن

(١) المحجار محمد: الوحيز في ممارسة العلاج النفسي السلوكي — دار الفانس — بيروت.

ورينير» ١٩٢٠، وتجربة «ماري جونز» ١٩٢٤. ويتم سير الخفض المنظم للحساسية بمراقبة المؤثر المحدث للخوف الشديد بحالة استرخاء.. وتكرر هذه المرافقة المتزامنة وفق نظام ينطوي على تسلسل وترتيب إلى أن يتم زوال الارتباط القائم بين المؤثر واستجابة الخوف.

يقوم المعالج بوضع المؤثرات المؤدية للخوف أو القلق وفق تسلسل هرمي، ويميز بين المواقف التي تسبب خوفاً قوياً، والمواقف التي تسبب خوفاً ضعيفاً، والمواقف المتدرجة بين هذين الطرفين ❖ ويدرب المتعالج على الاسترخاء ويعرضه لهذه المواقف مبتدئاً بأضعفها شدة، وينتقل إلى ما هو أكثر شدة من المواقف معتمداً على تحقق درجة مناسبة من انطفاء أثر الموقف.. في الحالة التي تمت مواجهتها بالاسترخاء، وهكذا حتى تنتهي المعالجة.

تؤخذ المواقف التي تتزامن مع الاسترخاء من الحياة أحياناً، كالخروج الفعلي من المستشفى الذي ورد في دراسة «سولتر». وقد بينت دراسات كثيرة أن أثر الموقف الواقعي الذي يعتمد شؤون الحياة الواقعية ذو أثر كبير في إنجاز المعالجة بالاسترخاء وخفض الحساسية (ماركس ١٩٧١ وشيرمان ١٩٧٧) ويكون الموقف في حالات أخرى موقفاً متخيلاً يشجع المتعالج على تخيله، ويكون منطوياً على ما يخيف (في حالة معالجة الخوف الشديد)، ويمارس المتعالج في الوقت نفسه عملية الاسترخاء. وقد أثبتت هذه الطريقة في الإشراف نجاحها كذلك. وفي حالات أخرى يُدفع المتعالج إلى تدريب شخصي على الاسترخاء يرافق تخيل مواقف الخوف تدرب في مكان هادئ بعيد عن الضجة، وتدرب على الاسترخاء مع الموسيقى. وعندما يكون الشخص مع جماعة، يدفع إلى ممارسة استرخاء جزئي لا يؤدي مكانته بينهم، مثل استرخاء عضلات الذراعين، أو الساقين.

كانت هذه الطريقة في المعالجة بخفض الحساسية المنظم بين الطرائق الأولى التي اعتمدها «وولب»، وواجهه فيها جماعة التحليل النفسي بمقاومة

عنيفة ولكن الطريقة أثبتت جدارتها، وصمدت في وجه المقاومة، وغدا الأطباء النفسيون يعتمدونها في حالات غير قليلة^(١).

وتتضمن تقنية إزالة التحسس أربعة أنماط مختلفة:

١- إزالة التحسس بالتماس أو في البيئة، أي من شروط الحياة اليومية Vivo، وتسمى كذلك إزالة التحسس باللمس والتماس.
. Contact desensit

٢- في إزالة التحسس النموذجي أو إزالة الإشارات بالكف المتبادل Reciprocal Inhibition deconditioning

٣- التدريب على تأكيد الذات أو تكرار لعب الدور Reheassal.

٤- بالإغراق أو الإفاضة Flooding.

١- إزالة التحسس بالتماس أو في البيئة:

سبق أن شرحنا هذا النمط وقلنا إنه يتم بتعريض المتعالج إلى المنبه التخوفي تدريجياً. ففي حالة الخوف من المرتفعات، يشجع المتعالج على الصعود عدة خطوات عالياً، وبمساعدة المعالج في بادئ الأمر. ثم ينفذ ذلك وحده، إلى أن يصل إلى أعلى مستوى (بناية، أو سلم) يمكن أن يتحمله. وقس على ذلك. علاج الخوف من الحيوانات بتعريض المتعالج تدريجياً إلى المنبه المخيف (كالكلب أو العنكبوت)، وذلك بتقريبه تدريجياً نحو الحيوان إلى أن يصبح على أقرب مسافة ممكنة منه. ومن ثم يمكن أن يلمسه أو يمسكه. إن الأفراد الذين يعانون من الخوف من ركوب الطائرة، يطلب إليهم الذهاب إلى المطار، ومشاهدة الطائرات وهي تصعد وتهبط. ثم يصعدون إلى متن الطائرة دون السفر معها، ثم يطيرون في رحلة قصيرة، ثم في رحلة أطول. وهكذا يزال التحسس من المنبه المخيف تدريجياً، وبخطوات هرمية متدرجة من الأقل إخافة وحتى الوصول إلى منبع الخوف ذاته^{SSS}

(١) نفس المرجع السابق.

ب - إزالة التحسس النموذجي بإزالة إشارات الكف المتبادل:

في هذا النمط أو هذه التقنية نقرن الاسترخاء مع المنبه المثير للخوف على مستوى التخيل الموجّه. وبدلاً من تعريض المتعالج ميدانياً (كما كان الحال في إزالة التحسس بالبيئة) إلى المنبه التخويفي، يطلب منه تخيل الموقف المخيف. يبدأ المتعالج بتعلم فن الاسترخاء، وينظم بمساعدة المعالج لائحة هرمية يدرج فيها مخاوفه مرتبةً من المواقف الأكثر إخافة، ونزولاً حتى الأقل إخافة أو العكس. ثم يبدأ بالتعامل مع مخاوفه بدءاً من الأقل إخافة، صعوداً حتى يصل إلى الموقف الأكثر إخافة، وذلك عن طريق تصور الموقف التخويفي لفترة وجيزة (١٥ ثانية مثلاً). ومن ثم استبداله بمنظر آخر أكثر راحة ولا يثير الخوف (منظر طبيعة جميل). ويجب معاودة تصور المتعالج للموقف التخويفي ومناوبته مع الاسترخاء حتى يشعر من خلال هذا التواتر والقرن بين الاسترخاء وتصور الخوف، أن تصوره للخوف قد ضعف كثيراً عما كان عليه من قبل، أو زال.

وقد تستعمل الآلات في إزالة التحسس التخويفي (مسجلة). فالمسجلة تعطي المتعالج تعليمات الاسترخاء، وتعرضه للموقف التخويفي تخليلاً حتى يضعف الخوف أو يزول: ومن ثم تنقله إلى الموقف التخويفي الآخر المدرج في اللائحة الهرمية، إلى أن تنتهي جميع المخاوف في جلسة واحدة. أو عدة جلسات.

إن آثار القلق وانعكاساته الفزيولوجية التي تتبعه الجملة العصبية الذاتية يمكن معاكستها بالاسترخاء العميق. ومن دلائل تضاؤل التوتر النفسي انخفاض معدل ضربات القلب، والضغط الشرياني، والتوتر العضلي، والتوصيل الكهربائي الجلدي، والتنفس. وهكذا فإن «التعريضات» المتتالية للمنبهات المثيرة للقلق والتوتر من شأنها أن تجعل مستوى القلق في حالة انخفاض. وهكذا يمكن بعد ذلك تعريض المتعالج إلى منبهات تخوفية أقوى كيما يتم إضعافها وإزالتها بدورها. وهكذا يمكننا تمييز ثلاث خطوات عند تطبيق هذه التقنية:

١- التدريب على الاسترخاء.

٢- إعداد لائحة هرمية متسلسلة بالمخاوف المراد إزالتها.

٣- مناوية الاسترخاء مع المنبهات المثيرة للقلق في كل خطوة من خطوات

اللائحة حتى تتم السيطرة على جميع المخاوف المدرجة في اللائحة.

وفيما يتصل باللائحة الهرمية المتسلسلة في ترتيب المواقف التخوفية، لا بد من جمع المعلومات لبناء التسلسل الهرمي في اللائحة. وقد يكون مثل هذا الجمع متعباً ولكن يمكن تسهيله باستخدام جهاز GSR أي جهاز قياس مقاومة الجلد الغلفاني الكهربوي. وعلى المستوى النموذجي، تصنف مخاوف المتعالج ضمن موضوعات، وبذلك يكون لدينا عدة موضوعات هرمية التسلسل. ويجب ألا تكون هذه الموضوعات متشابهة متماثلة، أو متميزة جداً. ولعل أفضل طريقة لحل هذه المفضلة هي في اللجوء إلى التقنية الذاتية القائمة على استخدام وحدات الضيق الذاتية (SUDS) Subjective units of distress التي تستند إلى تعليم المتعالج أن الرقم صفر يعادل الهدوء التام وانعدام التوتر، وأن الرقم ١٠٠ يدل على ذروة التوتر والقلق، وذلك حين يطلب منه المعالج أن يرتب مخاوفه وقلقه في السلم الهرمي للمخاوف والتوترات التي يتصورها في ذهنه. وبوجه العموم، يستطيع المرضى انتقاء الرقم الذي يدل على درجة مشاعرهم التوتيرية. ومع المران يستطيعون التفريق والتمييز بين درجات القلق تمييزاً جيداً. إن وحدات الضيق الذاتية (SUDS)، تستخدم في رصد المخاوف والتوترات الهرمية الترتيب، وفي وصف الحالة الذاتية للمتعالج خلال فترة من فترات الاسترخاء، وإذا لم تستخدم أجهزة التغذية الراجعة^(١) في عملية رصد الاستجابة الاسترخائية خلال تطبيق إزالة التحسس تخيلاً، فإن تقويم قدرة المتعالج على الاسترخاء يتقرر من خلال دعمه لذاته، ومن خلال مقاييس الوحدات الذاتية للقلق أي قدرته على إضعاف الاستجابة التخوفية تخيلاً.

(١) سوف نتحدث عن هذه الأجهزة فيما بعد.

على المستوى النموذجي، يعد المنظر الأول التخيلي في الترتيب الهرمي في المستوى الحيادي neutral لتقويم درجة التوتر مع موقف تخيلي خال من التوتر والقلق. ولا داعي للبدء بالرقم صفر في وحدات القلق الذاتية الهرمية الترتيب، ويكتفى بتخفيض جوهري للمستوى الأولي للموقف الذي بدئ بإضعاف التحسس نحوه، مثلاً من قوة ٤٠ إلى قوة ١٠ على المقياس في الشدة. يستخدم المتعالج إصبعه للدلالة على وجود قلق عنده خلال إزالة التحسس تخيلياً، وهذا يحتم على المعالج أن ينقله من المشهد المثير للقلق الذي يتخيله، ويعود به إلى الاسترخاء مرة ثانية. كأن يطلب المعالج إلى المتعالج أن يرفع إصبعه إذا شعر أن شدة التوتر الذي يخبّره عند تعرضه للمشهد المتخيل يزيد على /١٥/.

لا بد من التنبيه إلى عدم إبقاء المتعالج متعرضاً للمشهد المتخيل لمدة طويلة، لأن التعرض المديد يزيد من الحساسية التخوفية. وقد اقترح «وولب» أن تكون مدة التعرض للمشهد حوالي خمس ثوان. وقد تحتاج المشاهد إلى وقت أطول عندما تكون أكثر تعقيداً. وعلى العموم يمكن التعامل تخيلياً مع أربع وحدات على مقياس القلق في الجلسة العلاجية الواحدة. ويتم تكرير التعريض من ٣-٤ مرات وسطياً ولكن هذا لا يمنع أن تصل مرات التعريض إلى عشر أو عشرين مرة، وذلك حسب نوعية الاستجابة التي يبديها المتعالج حتى يضعف تحسسه.

وفيما يتصل بعدد الجلسات الضرورية لإزالة التحسس، فهو يتوقف على عدد المواقف التخوفية الرهابية وشدتها، ومدى تعميم كل موقف وانتشاره. ولكن المتعالج يحصل على فوائد علاجية في ست جلسات، وقد يصل عدد الجلسات إلى مائة جلسة في حالات قليلة جداً. وهناك صعوبات تواجه المعالج عندما يستخدم هذه التقنية تتمثل في تصريح المتعالج بأنه لم يتحسن في مواجهة المخاوف التي مارس إزالة التحسس منها في الجلسات العلاجية التخيلية. ويمكن أن نتحرى عن التفسير في الأمور التالية:

١- الاسترخاء الناقص:

قد يقول المتعالج أنه مارس الاسترخاء، وللتأكد من أنه وصل إلى الاسترخاء الكامل ينصح بتزويد المتعالج بالتغذية البيولوجية الراجعة باستخدام جهاز تخطيط الفصل EMG أو جهاز قياس مقاومة الجلد **الغلفاني GSR** وذلك خلال جلسات إزالة التحسس التخيلية. إن بعض المتعالجين يخافون من تبدل إحساساتهم عند ممارسة الاسترخاء **كالشعور بالنوم، أو بثقل الأطراف، وهذه علامات الاسترخاء،** ولذلك يحاولون معاكسة هذه المشاعر ومقاومتها من خلال زيادة الإثارة الانفعالية والقلق.

٢- الترتيب الهرمي الناقص للوحدات الذاتية للقلق:

عند إعداد اللائحة الهرمية المتسلسلة في الشدة للمواقف التخوفية، قد يدرج المتعالج فيها بعض المخاوف غير الأساسية، أو غير الموازية لحالات قلق مزعجة. مثلاً قد يدرج الخوف الخفي التحتي من الموت في اللائحة على أساس خوف من الطيران. ولهذا فإنه من الأهمية بمكان. الإلحاح خلال عملية إعداد اللائحة الهرمية أن تعكس المخاوف الأساسية عند المتعالج.

٣- التخيل الناقص:

يجد بعض الأفراد صعوبة في تصور مواقف سمعية أو بصرية معينة. أو قد يصادفون صعوبة في جعل الصور التخيلية واقعية بالنسبة إليهم. وهناك من يقفون من المشاهد التخيلية التي يصنعونها بأنفسهم موقف **المتفرض، بدلاً من الاندماج فيها بكل أحاسيسهم.** ولذلك يتعين على المتعالج أن يسير منذ البداية خبرة التخيل عند المتعالج، ويحاول أن ينميها ويعمقها بالتدريب^(١). (التخيل).

(١) الحجار، محمد حمدي. فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين ١٩٩٠. (ص٢٧).

٣- التدريب على تأكيد الذات:

يعد التدريب على تأكيد الذات Assertive training واحداً من أهم تقنيات المعالجة السلوكية **وتعديل السلوك**، وبخاصة ما يتصل بالعلاقات الشخصية. تتكون هذه التقنية من ممارسة المتعالج مواقف يتدخل فيها المعالج. إن هذه المواقف تجعل المتعالج يقوم بدور ما...، أو يمارس مسؤوليات ما، مما يشعره أنه **ينفعل، ويفكر**، ويعمل. على أساس أن له الحق في أن يكون ذاته، وفي أن يعبر بحرية عن مشاعره حين لا يكون في ذلك أذى للآخرين. قد تتطوي مشاعره على الغضب، أو الكره، أو المحبة، ولكنه يدرّب على أن يمارسها فعلاً، وعلى أنها شيء آخر غير العدوان، بهذه الطريقة يحتل تأكيد الذات، في مناقسة الخوف، أو القلق، أو الشعور بالدونية، مما وجد عند المتعالج إشراطياً في الحياة، تقول يحتل تأكيد الذات مكاناً يوازي مكانه الاسترخاء في خفض الحساسية المنظم. وبهذه الطريقة يحل سلوك فعّال ومثمر محل سلوك غير مقبول، أو منخفض المكانة في العلاقات الاجتماعية والعلاقات بين الأشخاص.

يأخذ تدريب تأكيد الذات أكثر من طريق. فقد يتم في **مواقف مأخوذة من الحياة**، وتكون المعالجة ضمن الموقف الواقعي. وقد يتم في مواقف توجد في زمرة علاجية في المعالجة الجماعية توفر للشخص فرصة في أن يرى نتائج رأيه وانفعالاته، وإجراءاته، ونتائج قيادته للفعاليات في بعض الأحيان. وقد يتم في مواقف من صنع الخيال في الموقف مع المتعالج. وكثيراً ما تحدث في موقف متكامل مع المعالج يقوم فيه المعالج بدور خاص. كان يأخذ دور الأب أو **رئيس العمل**. وتسجل استجابات المتعالج، وقد تصور ليعاد الإستماع إليها أو تعاد رؤيتها، **ويكون في ذلك مجال لتغذية راجعة تؤثر في تدريب المتعالج على تأكيد الذات**. وفي كل الحالات يسير هذا الأسلوب على أساس من تنظيم المعالجة **المنطلقة من البناء التدريجي للسلوك الذي يرغب في تكوينه**.

استعمل هذا الأسلوب **بنجاح في حالة** أشخاص فشلوا مرات متكررة في قيامهم بمسؤوليات تتعلق بحياتهم أو بعملهم، وفشلوا في الحصول على حقوقهم، أو فشلوا في إقامة علاقة متبادلة وثيقة مع آخرين، أو في المناقشة في مواقف اجتماعية متنوعة، أو في مناسبات الكلام ضمن جماعات أو مع الآخرين. وكان هذا الأسلوب أكثر نجاحاً حين اعتمد مواقف الحياة، أو المعالجة مع زمرة، أو حين اشترك المعالج والمتعالج في **تمثيل الأدوار**. وكان هذا النجاح أقوى مما تم عن طريق مواقف متخيلة.

يعتمد المعالج في السير بهذا الأسلوب على تنظيم يصل إليه استناداً إلى معلومات يحصل عليها عن المتعالج من مصادر متعددة. يستمع المعالج إلى حديث المتعالج حول علاقته مع **الآخرين** وتفاعله معهم، وبخاصة أولئك الأشخاص الذين يحتلون مكانة عنده، من بين هؤلاء: **الأتراب، ورؤساء العمل، من يرأسهم هو، الوالدان، أفراد الأسرة الآخرون، الأطفال**. ينتبه المعالج إلى كل الكلمات والأفعال التي تظهر عند المتعالج، ويشير أسئلة يطرحها عليه من حين لآخر. ينتبه المعالج مثلاً إلى كلمات كالتالية: أشعر أنني دون الآخرين، أشعر بالإحباط بتأثير سلوك الآخرين تجاهي. أنا غاضب أكثر الأحيان، أنا إنسان آثم، أنا إنسان **مستغل لأنني طيب**.

ينتبه المعالج كذلك إلى أشكال من السلوك الغالب لدى المتعالج بينها: تهذيب أكثر من اللازم، كثرة الاعتذار عما يقوم به، سلوك تجنب متكرر، تكرر المهاجمة من دون ضرورة ظاهرة، السماح **للآخرين باستغلاله مع ندم** لأنه فعل ذلك، وثمة حالة خاصة يجب أن ينتبه إليها المعالج وهي حالة **شخص واثق من نفسه عامة، ولكنه يواجه صعوبة خاصة في لقائه مع شخص معين** كالأب أو الأم أو الرئيس مثلاً. ويغلب في هذه الحالة أن يكون مصدر الصعوبة لدى المتعالج الشعور بالمسؤولية نحو ذلك الآخر، ويكون إدراكه لمداها إدراكاً يحتاج إلى تعديل^(١).

(١) الرفاعي، نعيم. العبادة النفسية والعلاج النفسي، الجزء الثاني. مطبعة دار الكتاب. دمشق ١٩٨٦ (ص ١٢٩).

٤- العلاج بالإغراق (Flooding) :

هذا العلاج متناقض Paradoxical يحمل في طياته السعي لإضعاف الخوف من جهة، وينطوي على إثارة أكبر قدر ممكن من الخوف من جهة ثانية. وهو على نقيض أسلوب «وولب» الذي يقوم على إزالة التحسس من خلال التعريض التدريجي للموقف التخوفي، يُعرف هذا الأسلوب بأسلوب «ستانيل» العلاجي Stampfl ويقوم على إغراق المتعالج بأثار الموقف التخوفي، المزعجة وغير السارة، وقرن القلق من هذا الموقف غير السار مع المنبه المخيف ذاته حتى يتكون ما يسمى بالإشرط التجنبي، حيث يتجنب المتعالج المنبه التخوفي، وسع التكرار في التعريض والتجنب ينسى المتعالج لماذا يخاف المنبه. ويعتقد «ستانيل» أنه يتعين إطفاء عنصر الخوف بالتعريض المتكرر للمنبه الإشرطية. إذ بالرغم من الضيق الذي ينتاب المتعالج بفعل هذا التعريض، فإنه يتعلم أن المنبه الإشرطية لم يعد يظهر أو يقرن بالمنبه غير الإشرطية. ثم إن علاج الإغراق يعمل بمثابة ممارسة سلبية Practice . Negative، وبذلك ينتاب المريض الإعياء والضجر، فيتخلى عن الخوف نتيجة التعرض المتكرر له. وهناك من يفسر علاج الإغراق بأن المتعالج يتزود بالطمأنينة والحفز والتشجيع، فلا يجد أن الخوف قد مزقه كما كان يتصور، عندما يواجه الخوف^(١).

يطلق بعض الباحثين على هذا العلاج مصطلح الإفاضة. وهو إجراء ينطوي على تعريض المتعالج من المؤثر المحدث للخوف، لفترة غير قصيرة من الزمن دون أن يلحق المؤثر أي أذى بالمتعالج. والقول الغالب في هذا الإجراء هو أن انعدام وجود ما يعزز الاستجابة غير المقبولة يقضي عليها؛ فإذا طالت مدة بقاء المثير، وكان الموقف مشبعاً به بقوة، وانعدام التعزيز، فإن ذلك يؤدي بقوة إلى إطفاء الاستجابة غير المقبولة، أي إلى انعدام قدرة المؤثر. على إحداث الاستجابة غير المرغوب فيها. إن المقصود من مصطلح الإفاضة والفيض والإغراق أن الموقف يضم مؤثراً من درجة من الإشباع

(١) الحجار، محمد حمدي. فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين ١٩٩٠ (ص٤٢).

تجعله يحيط بالمتعالم من جوانبه المتعددة وكأنه يغدو غارقاً فيه، ومشمولاً بتأثيره. إن الفترة غير القصيرة التي تحدثنا عنها هي جلسة العلاج التي تمتد إلى ساعة من الزمن، وقد تمتد إلى أكثر من ذلك لتصبح ساعتين.

لقد جعل هذا الإجراء موضوعاً لعدد من الدراسات لم تكن متفقة في نتائجها. فقد أظهرت بعض هذه الدراسات أن هذا الإجراء أدى إلى انخفاض مباشر في قدرة المؤثر على إحداث الاستجابة غير المقبولة، وأنه أكثر فائدة من خفض الحساسية المنظم ولا سيما في معالجة حالات الخوف الشديد. ولكن دراسات أخرى انتهت إلى ما يخالف ذلك، ورأت في هذا الإجراء عدداً من المخاطر. مثل هذا الاختلاف يمكن أن نلاحظه في حالة والدين عمل كل منهما في الدخول إلى مياه البحر مع ولده الصغير الذي يخاف الماء. فقد نجح أحدهما في جعل الطفل مطمئناً إلى المياه التي لا تؤذيه بعد مرور ساعة. واضطر الثاني إلى الخروج من الماء مع ابنه حين بقي الابن كارهاً الموقف بشدة. إن المتغيرات في المواقف متنوعة يدخل بينها احتمالات تؤذي الإجراء الهادف إلى منع وجود أي تعزيز للسلوك غير المقبول. ويدخل بينها تقبل الإيحاء بسهولة، ومستوى شدة الاستجابة لدى المتعالج، ومدى ما لاقته من تعزيز سابق. إن مثل هذا الإجراء أدى إلى نتائج جيدة في حالات الخوف العصابي، والأفعال القهرية التي تم فيها منع المتعالج من القيام بالفعل القهري خلال فترة المعالجة.

ويصدق في حال الإغراق ما يصدق في خفض المنظم للحساسية من حيث اعتماد الواقع في حالات، واعتماد ما يركبه الخيال في حالات أخرى. يعتمد الموقف الحياتي المخيف في حالات، ويعتمد في حالات أخرى على إذكاء خيال المتعالج بقصة تغرقه بحالة خوف، وتدفع به المناقشة إلى رؤية انعدام المخاطر، أو إمكان مواجهتها مواجهة مثمرة. وبمقدار ما تكون القصة مثيرة للخوف والقلق، وتكون نتائجها بعيدة عن الأذى، تكون القصة مناسبة وفعالة. والقصة الواحدة يمكن إعادتها مرات إذا رؤيت جدواها. ويمكن إجراء تعديل فيها، ويمكن رفضها بقصة أخرى، ولكن من اللازم تكرار الإجراء. وقد اعتمد بعضهم المهدئات في حالات ولكن ذلك لم يكن ضرورياً في حالات كثيرة.

الحديث الذاتي وأهميته في تبديل البنية المعرفية في العلاج السلوكي

يمكنك إقامة اتصال بين الأفكار المجزأة والمشاعر الخاصة بذاتك، بحيث تصبح في حالة اتصال أكثر تماسكاً مع الواقع المستمر. فالمطالب التي تملئها على ذاتك، أو الصادرة عن الغير وتبدو مختلفة. من شأنها أن تضعف اتصالك مما تمارسه بالفعل والواقع. وبالتالي تبدأ عملية التصرف تصرفاً مختلفاً عما تشعر به ومن خلال لعب الأدوار، إذ في مقدورك أن تتصرف بصورة أعنف وأقسى، أو بالعكس بصورة الطف مما تشعر به.

ولتنفيذ ذلك، اجلس جلسة مريحة على كرسي، وأغمض عينيك، وتخيل أنك تنظر إلى ذاتك. وهي جالسة أمامك. شكل صورة بصرية لذاتك وكأنك تعكسها على المرآة. لاحظ كيف تجلس، وماذا تلبس، وما نوع تعبيراتك الوجهية. وبهدوء، انتقد صورة ذاتك التي تراها في المرآة وكأنك تتكلم مع شخص آخر. أعلم هذه الذات التي تجسدها أمامك (وهي ذاتك طبعاً) ما يجب أن تفعله، وما يجب أن تتجنبه. حضر لذلك لائحة طويلة، وأنصت إلى صوتك عندما تقرأ محتويات هذه اللائحة التي تملئها على ذاتك. لاحظ كيف يسمع صوتك، وكيف تشعر عندما تتصرف على هذا النحو.

بعد ذلك تخيل أنك بدلت مكانك فأصبحت ذاتك التي تتصورها أمامك في المرآة هي مكانك، وأنتك ذهبت لتحل محلها (تبادل الأمكنة). وبهدوء، أجب على الانتقادات. لاحظ ماذا تقول رداً على هذه التعليقات الانتقادية. كيف حال لحن صوتك، وكيف تشعر عندما تجيب على هذا الانتقاد؟ والآن بدل الدور مرة ثانية واعكس الآية لتكون الناقد من جديد. وعندما تستمر في حوارك الذاتي لاحظ جميع التفاصيل. كيف تشعر بدنيا في كل دور تلعبه، وكيف يختلف المتكلمان؟ فهل أنت تتكلم مع شخص آخر فعلاً، أم أنك تتجنب الاتصال الحقيقي والمواجهة؟ هل تسمع مثلما تتكلم؟ أم أنك تُذيع فقط؟

ما هو شعورك إزاء المتكلم الآخر عندما تتكلم؟ عليك أن تُعلم المتكلم الآخر بذلك. ترى كيف يَرُدُّ أو يستجيب؟ هل تعرف الصوت الذي ينتقدك ويقول لك أن تفعل ذلك أو لا تفعل؟ استمر في هذا الحوار الجاري بينك وبين ذاتك الأخرى عدة دقائق. هل تلاحظ وجود تبدلات عندما تتابع هذا الحوار.