

الفصل الثاني

المنطلقات النظرية للدراسة

القسم الأول : المراهقة

القسم الثاني : التوافق الشخصي والاجتماعي وبعض المتغيرات

النفسية موضوع الدراسة والمرتبطة به

أ- التوافق الشخصي والاجتماعي

ب- القلق الاجتماعي

ج - الوحدة النفسية

د - تقدير الذات

القسم الثالث : الإرشاد والعلاج النفسي

أ - مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي

ب- عمليات الإرشاد والعلاج النفسي

ج - بعض الافتراضات النظرية للإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين

د - أهمية ودور الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين

هـ - احتياجات المراهقين النفسية والاجتماعية وعلاقتها بالإرشاد والعلاج

النفسي الجماعي

القسم الرابع : العلاج العقلاني الانفعالي

أ - مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي

ب- المفاهيم الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي

ج - العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي

د - العوامل الرئيسية المساهمة في تقدم وعمل المجموعة العلاجية

هـ- العلاج العقلاني الانفعالي للأطفال والمراهقين

القسم الخامس : العلاج المعرفي السلوكي

أ - العلاج المعرفي السلوكي وعلاقته بالعلاج العقلائي الانفعالي

ب- العلاج المعرفي السلوكي وعلاقته بالعلاج السلوكي

ج - الأنواع الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي

١- العلاج المعرفي لآرون بيك

٢- نموذج التعديل السلوكي المعرفي لميشنوم

٣- برامج العلاج بأسلوب حل المشكلة

٤- برامج التدريب على المهارات الاجتماعية

الفصل الثاني

المنطلقات النظرية للدراسة

مقدمة

تستند الدراسة الحالية إلى العديد من القواعد النظرية التي انطلقت منها، واعتمدت عليها كأساس نظري لإجراء هذه الدراسة، فالدراسة تتعامل مع فئة المراهقين الذين يعانون من مشكلات توافقية على المستوى الشخصي والاجتماعي، تبدو جلية في تدني مستويات قوة الأنا وهوية الأنا، وتقدير الذات من جهة، وفي ارتفاع وزيادة حدة مستويات القلق الاجتماعي والوحدة والمشكلات التوافقية من جهة ثانية، كما أن هذه الدراسة تهدف لاقتراح جهود إرشادية لمعالجة هذه المشكلات مرتكزة على مدرستين رائدتين في الإرشاد والعلاج النفسي أثبتت الدراسات النظرية والتجريبية كفاءتهما، وهي العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي السلوكي. ومن هنا فسيتم في هذا الفصل عرض لمفاهيم المراهقة، والتوافق الشخصي والاجتماعي والقلق الاجتماعي والوحدة النفسية، وتقدير الذات، وعلاقتهم بهوية الأنا، مع الإشارة إلى أن مفهومي هوية الأنا وقوة الأنا سيتم تغطيتهما في القسم الخاص بالمراهقة، كما سيتم عرض لمفهوم الإرشاد والعلاج النفسي، وفي النهاية العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي السلوكي.

القسم الأول

المراهقة

مفهوم المراهقة

يُعرف علاء الدين كفاي (١٩٩٧) المراهقة بأنها المرحلة التي يعبرها الطفل كي ينتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، وتمتد هذه المرحلة طوال العقد الثاني تقريبا من عمر الفرد، فهي تبدأ بحدوث البلوغ الجنسي وتنتهي بالوصول إلى سن الرشد. (علاء الدين كفاي، ١٩٩٧: ٤١٤)

ويُعرف جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاي (١٩٨٨) المراهقة بأنها فترة التحول من الطفولة بما تتميز به من اعتمادية وعدم نضج إلى درجة نضج أكبر وإلى الاستقلالية في الرشد. وتبدأ مرحلة المراهقة بالبلوغ الجنسي، وبالنسبة للبنين تتراوح هذه الفترة بين العام الثالث عشر والعام الثاني والعشرين تقريبا، أما بالنسبة للبنات فهي تتراوح بين العام الثاني عشر والعام الواحد والعشرين تقريبا. وفي خلال هذه الفترة تحدث تغيرات كبيرة وأحيانا ما تكون مسببة للاضطراب بدرجات متفاوتة في الخصائص الجنسية وصورة الجسم والاهتمام الجنسي والأدوار الاجتماعية والنمو العقلي ومفهوم الذات. (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، ١٩٨٨: ٧٢)

إن اعتبار مرحلة المراهقة فترة نمو تربط بين الطفولة والرشد بشكل حاسم، يمثل الأهمية العلمية لهذه المرحلة. فالمرهق يجب أن يتعلم الكثير من المهام من أجل تحقيق متطلبات النمو التي تفسر بأنها عملية اتخاذ الفرد لواجبات معينة تتعلق بعملية الانتقال من مرحلة النمو إلى المرحلة التالية لها، وتتألف هذه المتطلبات من معارف ومهارات ووظائف واتجاهات، يجب على الفرد أن يكسبها من أجل التوافق مع الدور الذي ينتظره، أو ينتقل خلاله في عملية النضج

الجسماني، والإنجاز الاجتماعي، والجهود الشخصية إلى المرحلة التالية.
ويمكن تحديد متطلبات النمو في مرحلة المراهقة على النحو التالي:-

- (١) قبول الحالة الجسمية للمراهق، واكتساب دور الذكر أو الأنثى.
- (٢) تكوين علاقات ملائمة مع رفاق السن من الجنسين.
- (٣) تحقيق الاستقلال العاطفي عن الوالدين وغيرهما من الراشدين.
- (٤) تحقيق التأكد من أن الفرد سيصبح 'مستقلاً اقتصادياً، أي تحقيق الأمان الاقتصادي المستقل.
- (٥) التقرير والاستعداد لدخول مهنة.
- (٦) تكوين المهارات والمفاهيم المعرفية اللازمة للكفاية الاجتماعية.
- (٧) فهم وأداء السلوك الاجتماعي المسؤول.
- (٨) الاستعداد للزواج وتكوين أسرة.
- (٩) اكتساب قيم تتلاءم والصورة العالمية العلمية. (هدى قناوي، ١٩٩٢: ١٠-١١)

وهكذا فإن فترة المراهقة تعتبر فترة نمو مليئة بالمظاهر النمائية، التي من أبرزها التغيرات الجسمية السريعة والمتطلبات الاجتماعية الكثيرة، ونمو مهارات المواجهة للتوترات الحياتية (حيث يصبح التوافق الشخصي الاجتماعي من أهم متطلبات النمو الاجتماعي في هذه المرحلة) (حامد زهران، ١٩٩٥: ٣٦٠)، بالإضافة للتغير في المهارات العقلية أي نمو الاستراتيجيات المعرفية المعقدة (التفكير الصوري حسب بياجيه) المؤدية إلى اضطراب الهوية أو إنجازها (Enright, Olson, et al., 1984:119).

و'يلخص "أريك أريكسون" Erik Erikson (١٩٦٨) أهم مظهر نمائي في مرحلة المراهقة بقوله "إن الإحساس بالهوية في مرحلة المراهقة يصبح حينئذ أمراً أكثر أهمية وأكثر احتمالية لأن 'يمثل مشكلة في حياة المراهق وذلك حينما يتصور الفرد مدى واسعاً من الهويات المحتملة. إن الخطر الرئيسي لهذا السن يمكن وصفه باضطراب الهوية Identity confusion والذي يمكن أن يتمثل في ثلاثة مظاهر رئيسية:-

- (١) التأجيل المستمر والمفرط لعملية اختيار الهوية الملائمة.
 - (٢) إلغاء ذلك التأجيل بخيارات مفاجئة - أي التلاعب بالاحتمالات التاريخية - من خلال المحاولات الاندفاعية المتكررة ومن ثم إنكار أن بعض الالتزام الذي لا يمكن التراجع عنه قد حدث بالفعل.
 - (٣) وأخيراً قد يلجأ المراهق إلى النكوصات الشديدة التي تؤدي به إلى الأمراض النفسية.
- والمسألة الرئيسية والمهيمنة في هذه المرحلة كما هو الحال بالنسبة لأي مرحلة عمرية أخرى هي ضرورة ضمان توفر الأنا Ego النشط والانتقائي والمسؤول والقادر على التصدي لتلك المسؤولية من خلال نظام اجتماعي يمنح فئة عمرية محدودة الموقع الذي يلائم احتياجاتها واحتياجات المجتمع الذي تنتمي إليه في آن واحد". (Erikson, 1968: 245-246)

إن أزمة الهوية Identity crisis تظهر في هذه المرحلة بسبب التغيرات الحاصلة في بيئة الفرد الداخلية والخارجية، وإن الحل الناجح لهذه الأزمة غير مضمون. وتعد عملية تنمية الإحساس الواضح

باهوية الشخصية **Personal Identity** مهمة مستمرة على مدى الحياة. (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986; Gould, 1978, Havighurst, Neugarten & Tobin, 1968; Levinson, Darrow, Klein, Levinson & Mckee, 1978, Mass & Kuypers, 1974; Vaillant, 1977; Woodruff & Birren, 1972, Balk, 1995: 130-131)

ويشير أريكسون (١٩٦٨) إلى الآثار السلبية للتكنولوجيا المتقدمة على أزمة الهوية، حيث أدت التكنولوجيا إلى وضع فاصل زمني طويل بين بدء الحياة المدرسية ووصول المراهق النهائي إلى مرحلة العمل المتخصص، مما أدى لزيادة فترة المراهقة واتساع وتنوع معالمها، ويرى أريكسون أنها تظل في كثير من الثقافات عبارة عن مرحلة انتقالية وطريقة حياة بين الطفولة والرشد، مما يؤدي إلى شعور هؤلاء المراهقين بالثورة النفسية في السنوات الدراسية الأخيرة بسبب اكتمال نضجهم التناسلي وعدم قدرتهم على أداء أدوارهم كراشدين، مما يجعل المراهقين يلجأون إلى محاولة تأسيس ثقافة فرعية، يتمثلها على أنها ثقافة هائية أكثر منها انتقالية، ويرى أنها بداية واقعية لتشكيل الهوية. (Erikson, 1968: 128)

وبذا فإن مرحلة المراهقة التي تعد فترة تغير فريدة في حياة الفرد لا تشير إلى الطفولة المتوسطة فقط ولكنها أيضا تسير نحو اتجاه النضج التكاملي المتوقع حدوثه للراشد الصغير، لأن النظر إلى مرحلة المراهقة بوصفها مرحلة منفصلة عن ماضيها وحاضرها في حياة الكائن البشري بحيث تبدو وكأنها فراغ وبدون وجود تاريخ تطوري وبدون أي رابطة بخبرات الإنسان الأخرى لا يزودنا بالنموذج الصحيح لفهم نمو الكائن البشري، أما إقامة الصلة بين الماضي والمستقبل فإنه يجعل المراهقة فترة تتضمن النمو من حيث:-

(١) أنه يختلف في النوعية عن السلوكيات والقدرات التي يقدمها الأطفال.

(٢) أنه يهيئ الأفراد لمهام يتوقع من الراشدين الصغار القيام بإنجازها.

ومن الجدير بالذكر أن المبالغة في التأكيد والاهتمام بالصلة الواقعة بين المراهقة والطفولة المتوسطة، والرشد، يمكن أن يعد أمراً بالغ الخطورة حين يدفعنا إلى النظر إلى المراهقة باعتبارها مجرد مرحلة تحول أو انتقال فقط دون الإشارة إلى أنها مرحلة ثنائية متفردة ومتكاملة في حد ذاتها، وهذا تفسير عقيم وغير مجد لأنه يؤدي لاعتبار المراهقة مجرد فترة على الفرد أن يتحملها من أجل أن يجتاز مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد.

هذا و"يلخص أريكسون (١٩٦٨) هذا المفهوم الخاص بمرحلة المراهقة على النحو التالي "ينشغل المراهقون أحيانا وبشكل مرضي - ربما بدافع الفضول - بالمقارنة بين الصورة التي يرسمها الآخرون لهم، والصورة التي يرون أنفسهم من خلالها، وبالتساؤل عن كيفية التوفيق بين الأدوار والمهارات المكتسبة (في مرحلة الطفولة) والنماذج المثالية الأصلية الخاصة بالوقت الحالي، وذلك في أثناء بحثهم عن إحساس جديد للاستمرارية والتماثل، الذي يجب أن يشمل الآن على النضج الجنسي أيضا، وهنا يتعين على بعض المراهقين أن يتمكنوا من السيطرة التامة على الأزمات الخاصة بالمراحل السابقة، قبل أن يستطيعوا تحديد الصور والمثاليات الحالية التي سوف تشكل الهوية النهائية للمراهق وتصبح الوصي الأمين عليه. هذا ويمكن حصر مشاكل المراهقين في أهم يحتاجون أولا وقبل كل شيء إلى تأجيل تكامل عناصر الهوية الخاصة بمراحل الطفولة، بعد أن أصبحت الهوية الآن وحدة كبيرة، وغامضة في حدودها وشكلها،

بالإضافة إلى أنها لها مطالب فورية وملحة في نفس الوقت، والتي من أهمها استبدال المجتمع بيئة الطفولة الضيقة المحدودة". (Erikson, 1968:128)

هذا ويصف "بيشر" **Beschner** (١٩٨٥) المراهقة بأنها فترة من الصراع والاحتياج العاطفي والتي تنجم عن الحاجة للتعامل لمواجهة التحديات المربكة والمعقدة، فالمرهقون يصبحون مستقلين عن والديهم ويقيمون علاقات مع الجنس الآخر، ويتعاملون مع ضغط الرفاق والتغيرات الثقافية الحضارية السريعة، وعليهم اتخاذ قرارات مهنية صعبة، وكل هذا أثناء تكيفهم مع التغيرات البيولوجية الداخلية. (Beschner, 1985, Kachman, 1990:131)

أما "بلوس" **Blos** (١٩٦١) و"رايشو وسكلانسكي" **Rabichow & Sklansky** (١٩٨٠) فلقد وصفوا المراهقة بأنها عبارة عن: السلوك المدفع المنهور، والتقلبات في المزاج، والاستبطان **Introspection**، وباختصار فالسمة المميزة لهذه المرحلة هي الثورة والاحتياج والتي تخف فقط من خلال التقوية التدريجية لمبادئ الضبط، والكبح والتهدئة، والتقييم والتي تأخذ مكانها بعد المراهقة. وكما نرى فإن وجهة النظر هذه تصور المراهقين بأنهم أفراد يحاولون العمل في خضم هيجان داخلي عظيم. (Offer et al., 1988:2)

ويفضل كثير من المراهقين في التوصل لتكيف صحي وناجح لهذه التحديات، وبالتالي يعيشون خبرات العزلة، أو الوحدة أو الاكتئاب أو الذنب أو الغضب أو القلق، (Vernon, 1983). وإخفاقات التوافق **Adjustment** تبدو جلية في ارتفاع نسبة محاولات الانتحار التي أصبحت ثلاثة أضعاف نسبتها منذ عام ١٩٥٥ (Varenhorst, 1981)، وأيضاً في الزيادة الواضحة في الإدمان وتعاطي المخدرات لدى المراهقين (Gelman et al., 1980). ولقد ناقش بوثير **Pothier** (١٩٧٦) السجل المهمل لآثار المراهق، مشيراً لأهمية خدمات الصحة النفسية لهذه الفئة. (Kachman, 1990:131-132)

هذا ويبدو كثير من الباحثين اهتماماً متزايداً بالمرهقين ونموهم، ينعكس ذلك في إنشاء الهيئات المتخصصة والمنظمات المختلفة، مثل المؤتمر الدوري لبحوث المراهقة الذي يعقد مرة كل سنتين والذي عقد في الولايات المتحدة خمس مرات منذ عام ١٩٨٢، وجمعية بحوث المراهقة التي جذبت العديد من الأعضاء من ذوي الاتجاهات المختلفة، هذا بالإضافة إلى العديد من الدوريات المتخصصة في بحوث المراهقين والتي ظهرت منذ أواخر السبعينات، مثل دورية المراهقة، ودورية بحوث المراهقة، ودورية المراهقة المتأخرة، ودورية بحوث في المراهقة. هذا بالإضافة إلى العديد من الكتب التي ركزت على قضايا خاصة بالمرهقين كالانتحار وتعاطي المخدرات، والجنس والحمل، والهروب من المنزل، والعمل.

كما تزايد اهتمام العلماء والباحثين بدراسة المراهقة حيث بلغ عدد رسائل الدكتوراه في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٨٥ و١٩٩١ في الولايات المتحدة ٥٦٩ رسالة، وفي الواقع أن هذا الاهتمام الكبير ناتج عن تزايد فرص العمل أمام المتخصصين في مجال المراهقة مثل: المرشدين النفسيين، والأخصائيين النفسيين، ومديري المؤسسات الإبداعية للأحداث المنحرفين، وأخصائيي الإرشاد الأسري والزواجي، وأخصائيي فن الترويح، والعاملين في التوجيه الأكاديمي والمهني.

وظهرت في القرن العشرين آراء مختلفة ومثيرة للدهشة حول مفهوم المراهقة، فبعض العلماء اعتبرها فترة للصراع الاستثنائي وللصعوبات، وعلى سبيل المثال فلقد دعا "جيمس كولمان" James Coleman (1961) العديد من الباحثين لاعتبار المراهقين أعضاء في ثقافة فرعية على خلاف ونزاع مع الكبار، وإلى النظر إلى أئس الرفاق باعتباره سلبيا أو على الأقل مقللاً لأئس الآباء على أبنائهم المراهقين.

وبالمقابل فإن عدداً كبيراً من الأبحاث قد تحدى فكرة أن المراهقة هي عبارة عن وقت للتوتر والاضطراب، مؤكداً على أن سنوات المراهقة فترة تنسم بالاتزان واللبات والهدوء النسبي، بالنسبة لمعظم المراهقين.

كما يبدو أن كثيرين من الآباء قد تقبلوا فكرة الاضطراب والتوتر والثورة بالنسبة للمراهقة، ومن المؤلف أن 'يعبر كثير من الآباء عن مخاوفهم من قرب دخول أبنائهم مرحلة المراهقة، ويبدو أن هؤلاء الآباء يعتقدون أن سنوات المراهقة مليئة فعلا بالتوتر والصراع، وأن الأطفال يتحولون إلى نوع من العفاريت، وأن الحياة العائلية ستكون متوترة بشكل خاص عندما يدخل طفلهم هذه المرحلة "الشريفة" للنمو. وعندما يعلم الآباء أن بعض الباحثين يقررون أن سنوات المراهقة خالية نسبياً من الاضطراب والتوتر، فانهم يرون ذلك مجرد ادعاءات وأساطير يتمنون تصديقها. والواقع أن هناك افتراضاً قوياً يوجه توقعات الكثيرين بالنسبة للمراهقة، حيث تقول "آنا فرويد" Anna Freud (1958، 1969) "إن الشيء الوحيد المتوقع أن يكون عاديا بالنسبة للمراهقين هو كونهم غير عاديين". لذا يتوقع البعض أن يكون هناك شيئاً غريباً فيما يتعلق بالمراهق الذي لا تمتلى حياته بالاضطراب والتوتر. (Balk, 1995:7-9)

بعض الآراء الخاصة بتفسير مشكلات المراهقة

أ. نموذج التوتر والاضطراب الذي قدمه الأخصائي النفسي العالم جيمس ستانلي هول

James Stanley Hall (1844-1924)

'متأثراً بنظرية داروين حول النشوء والارتقاء، ومدافعاً عن أفكاره التي لم تجد التقدير المناسب من علماء النفس، بدأ هول (1909) القول في كتابه المشهور "المراهقة"، "إن نمو الفرد 'يتلخص تاريخ الجنس البشري"، ولقد طوّر في كتابه المذكور تأكيداً لهذه الفكرة باعتبارها مبدأً جوهرياً وتفسيريًا يجب أن يوضع في الاعتبار بالنسبة لموضوع نمو الأفراد. كما طالب هول بالنظر إلى ظهور الجنس البشري وإمكانية تفسير نموه أو تطوره من خلال النشوء والارتقاء. وأكد أيضا بصورة متشددة على أن كل فرد 'يكرّر المراحل الارتقائية التي شكلت الأنواع البشرية في الأزمان الماضية القديمة. كما اعتبر هول أن المهمة الرئيسية للراشدين المتحضرين هي استبعاد السمات الوراثية الشهوانية من الأطفال والتي اعتبرها سمات لو تركت بدون مراجعة فستولّد مشكلات اجتماعية معقدة مثل جرائم الأحداث. ويعتبر هول أن مرحلة الرضاعة (بداية العمر) 'تتلخص الرؤيا الحيوانية لوجود الجنس البشري. كما أن مرحلة الطفولة 'تتلخص دور الصيد والقتل. فيما تلخص مرحلة ما قبل المراهقة الحمجية الإنسانية، أما المراهقة فاعتبرها تلخص المقدمة إلى الحضارة مع كل محارلاتها للتغلب على الفوضى الأزلية.

ولقد آمن هول بأن المراهقين أكثر إيجابية من أي مجموعة عمرية أخرى نظراً لاتجاههم نحو النمو الإيجابي ونحو سن الرشد. كما أن تفاؤله حول قوة أثر التعليم على المراهقين قد طغى على جميع كتاباته. كما حذّر هول من أن المراهقين المعاصرين يعيشون في أزمان قد تعرض غمومهم للخطر بأساليب لم يسبق حدوثها سابقاً. وبشكل إجمالي ركز على كون الكبار قادرين على جعل المراهقين يتغلبون على الهمجية وعلى المخاطر المخادعة للتركة الشوثية وذلك بتطويع وتبديل الثقافة بحيث تتناسب مع الحاجات المعاصرة للمراهقين.

وبالرغم من نظرة هول الشاملة المتفائلة فيما يتعلق بسنوات المراهقة فلقد صورها أيضاً كمرحلة اضطراب وتوتر. ولقد قدم في كتابه "المراهقة" العديد من النماذج المتعلقة بالسيرة الذاتية للمراهقين ليوضح أن الاضطراب والتوتر نط يتكرر في مرحلة المراهقة لدى العديد من المؤلفين المشهورين مثل الشاعر الألماني جوته في كتابه "أحزان الشاب فيرتر".

ولقد كانت فكرة الاضطراب والتوتر واحدة من الإسهامات الثابتة هول في أفكار الناس المتعلقة بالمراهقة. وكما سنرى فهي فكرة تعرضت للانتقاد من قبل علماء النفس وعلماء الجنس البشري وغيرهم من الباحثين في العلوم الاجتماعية. وفي الوقت نفسه فلقد تمتعت هذه الفكرة بقوة ثابتة وفعالة. وكانت مدرسة التحليل النفسي إحدى المدارس العلمية في هذه البيئة الفكرية التي احتلت فكرة الاضطراب والتوتر فيها مكانة قوية. وتعتبر مدرسة التحليل النفسي صاحبة الفضل في بقاء هذه الفكرة حية.

ب - آراء المدرسة النفسية التحليلية في المراهقة

إن أثر "سيجموند فرويد" Sigmund Freud (١٨٥٦-١٩٣٩) على الثقافة الغربية المعاصرة كان عميقاً للغاية، حيث يعد رد الفعل الواسع والتباين لهذا العالم وأفكاره أحد أهم علامات ذلك التأثير الواضح. ومن المؤكد أنه قدّم تصورات ثرية وعميقة للأفكار التي أسهمت في تشكيل علم النفس مثل: الحيل الدفاعية، والهو، والأنا، والأنا الأعلى. كما أشار إلى أثر اللاشعور الذي ما زال يعد حتى اليوم افتراضاً يؤخذ في الاعتبار في علم النفس المعاصر. كما أقتع أجيالاً عديدة بأن الأحلام هي رسائل مصدرها اللاشعور. وبالإضافة إلى ذلك فلقد كان أول من وجّه الأنظار نحو مراحل النمو الجنسية، وأكد على دور الجنسية (Sexuality) في تشكيل الشخصية والدفاعية الإنسانية وهو الأمر الذي يعد تحولاً أساسياً جديداً في التحليلات الفكرية القوية التي قام بها فرويد فيما يتعلق بسلوك الإنسان.

وفيما يلي شرح لمفهوم الحيل الدفاعية لتسهيل عرض وجهة النظر التحليلية في المراهقة، وللإشارة للتطابق المميز الذي تمتلكه نظرية فرويد والذي يعد من أحد أجمل الأشياء فيها، يليه عرض لآراء مجموعة من أهم رواد المدرسة التحليلية حول مفهوم المراهقة وإبراز دور الحيل الدفاعية في هذه المرحلة.

الحيل الدفاعية Defense Mechanisms

أثبت فرويد أن كثيراً من وجودنا يتم تحديده من خلال التفاعلات اللاشعورية بين الهو والأنا الأعلى. وعلى سبيل المثال: فإن جميع الرغبات تنشأ من أجل تحقيق حاجات لدينا (وهي جنسية الأصل في طبيعتها) وتدعى بمبدأ اللذة، وتستحث من قبل العمليات العقلية اللاشعورية الكاملة للهو، فالطفل الرضيع يبدأ بالاستجابة التامة لرغبات الهو دون

أن يضع في اعتباره أي عقاب يمكن أن ينجم عن التعبير عن تلك الرغبات، بينما يجد الطفل نفسه في مرحلة الطفولة المبكرة في جهد متواصل لإبقاء الرغبات غير المقبولة بدون تنفيس أو لمنعها من الخروج إلى حيز الوجود بل حتى من مجرد أن تصبح معروفة للطفل نفسه في بعض الحالات. فكيف يميز الفرد على المستوى اللاشعوري بين رغباته المقبولة واللامقبولة؟ يقوم الأنا الأعلى بدور القاضي الأخلاقي والحاكم الأخلاقي، ولكن كيف تبقى الرغبات غير المقبولة خارج اللاشعور؟ يقوم الأنا بتطوير ما سماه فرويد الحيل الدفاعية أو العمليات التي يقوم بها الأنا "لمنع أو صد هجمة أو غزو هو". ونسأل لماذا تطور الأنا الحيل الدفاعية؟ يجب فرويد "لمساعدة الأنا على مواجهة القلق، وللتعامل مع القلق والإحباط، والدوافع غير المقبولة، وللمساعدة في التخلص من التوتر والصراعات الداخلية". وتعتبر الحيل الدفاعية ناجحة مؤقتاً فقط في رد أو دفع التهديدات اللاشعورية؟ ويمكن لبعض علماء النفس فقط أن يبرهن على أنها حاسمة طول مدة النمو.

ولقد اعتبر التحليليون أن عودة ظهور العقدة الأورديية في سنوات المراهقة هو السبب الرئيسي للاضطراب لدى المراهقين. ويقول فرويد "إن حب الأطفال الصغار للوالدين من الجنس المعاكس يخلق لديهم الرغبة الليبيدية (libidinal) للابتعاد عن الوالد من نفس الجنس من أجل الحصول على ملكية واحدة متفرّدة (لمصدر الحب الوالدي)". ولقد سمى فرويد هذا التطور النفسي لدى الذكور بعقدة أوديب، ولدى الإناث بعقدة اليكترا، وتستخدم العقدة الأورديية غالباً للتعبير عن العقدة لدى كل من الذكور والإناث كمصطلح 'يعبر عن انجذاب الأبناء للوالد من الجنس المعاكس؟ ويفهم الأنا أن مثل هذا الحب للأب والأم من الجنس المعاكس أمر 'محرم وخطير إذا ما أثار عليه. ويذكر فرويد أن أنا الطفل يتعامل مع العقدة الأورديية باستجابته بقوة ونشاط في مستوى لاشعوري كجهد لكبت الرغبات الأورديية، وأن الأنا الأعلى يتشكل نتيجة لهذا النشاط التعملي مع العقدة. وباختصار فإن أصل الأنا الأعلى هو الحاجة للتأثير على الرغبات اللاشعورية التي تمثل العقدة الأورديية ويكون الأنا الأعلى عادة ناجحاً جداً في كبت الرغبات الأورديية حتى فترة البلوغ الجنسي. ويؤكد فرويد ثانية على أهمية العقدة الأورديية حيث يعتبرها الأزمّة الجوهرية في النمو النفسي الجنسي والتي إذا لم تحل، فإنها ستؤدي لظهور حالات العصاب Neuroses.

ولقد ذكر التحليليون عشرة أنواع من الحيل الدفاعية (Anna Freud, 1946)، ويعتبر العالمان "جارت ج. بلاكمان" Garth J. Blackman (١٩٦٧) "ورولف موس" Rolf Muuss (١٩٨٨) أشهر من درس الحيل الدفاعية. وفيما يلي ثلاثة أنواع منها:-

(١) الكبت Repression: وهو عبارة عن إبعاد العواطف والأفكار التي تولّد القلق للأنا إلى اللاشعور، ويمكن توضيحه بحالة المراهقة التي لديها رغبة قوية في إقامة علاقة مع أحد أبناء الجيران وهذه الرغبة قوية، لاشعورية، ومثيرة جداً للقلق بحيث أن أنا المراهقة تؤكد أن هذه الرغبة ليست معروفة مطلقاً لديها أو لدى غيرها من الناس.

(٢) التعقّل Intellectualization: والتي تدعى أحياناً "عزل المشاعر Isolation of Affect" وتتضمن هذه الحيلة الدفاعية اللاشعورية التفكير بالدوافع المهددة لكن بطريقة تكبح فيها المشاعر. ويبقى الأفراد في هذه الحالة غير واعين بأن أفكارهم غير مندمجة مع مشاعرهم بالنسبة لموضوع ما. ويمكن توضيح هذه الحيلة بحالة مراهقة تعاني من فقدان الشهية العصبي (Anorexia)، والتي تقوم بتحليل الأعراض

الاضطرابية التي تعاني منها مع أحد المرشدين النفسيين، بينما لا يوجد لديها أي مشاركة عاطفية حقيقية في المناقشة.

(٣) **التعفف (Asceticism):** وهو عبارة عن إنكار الحاجات الجسدية والانشغال في أعمال تؤدي لمعالجة الجسد، ومثال ذلك المراهقة التي تعتبر أن دوافعها الجسدية شيطانية، والتي تقذب جسدها من خلال الصيام وعدم النوم، والتسبب في إلحاق الأذى بنفسها. ويذكر فرويد في هذا المجال أننا نصيح واعي بشكل مستمر لرغباتنا اللاشعورية من خلال أشكال مختلفة للسلوك، والتي تظهر في شكل متكرر ومتخف ماذا يريد هو. ولقد دعا فرويد هذه السلوكيات بأنها الأمراض النفسية للحياة اليومية (فرويد، ١٩٣٨)، واعتبر أن كلمة الأمراض النفسية (Psychopathology) تعني الاضطرابات العقلية. ومن الأمثلة على هذه الاضطرابات العقلية في الحياة اليومية، نسيان اسم أحد الأشخاص الذين نعرفهم جيداً ونسيان وعد التزمته به، وهفوات وزلات اللسان والتي تعود إلى الأخطاء التي ترتكب أثناء الحديث أو الكتابة والتي يعتبرها فرويد تعبيراً أو إظهاراً للأفكار والعواطف اللاشعورية.

١) وجهة نظر سيجموند فرويد في المراهقة:

ناقش فرويد فكرة أن النمو النفسي الجنسي يسير ويتنقل من خلال ست مراحل:-

● المرحلة الفمية (Oral): يحصل الرضيع على اللذة من خلال فمه بالرضاعة.

● المرحلة الشرجية (Anal): يطرح الطفل من جسمه الفضلات.

● المرحلة القضيبية (Phallic): يبدأ الطفل في سن الثالثة بالاهتمام والتعرف على أعضائه الجنسية.

● مرحلة عقدة أوديب وعقدة اليكتر (Oedipus complex & Electra complex):

(stage):- والتي تبدأ من العام الرابع، وفي هذه المرحلة تكون العلاقات الاجتماعية والعاطفية بين الطفل وأفراد

أسرته قد أخذت تتكون وتنمو وتتعمق، وفي الوقت نفسه يتعرض الطفل الذكر إلى عقدة أوديب كما يتعرض البنت

إلى عقدة اليكتر. ويسمى فرويد هذه المرحلة بالموقف الأوديبي وعادة ما تحل هذه العقدة في مطلع العام

السادس للطفل إذا لم يطرأ ما يمنع من حلها. (أحمد الزعبي، ١٩٩٤: ٤٣)

● مرحلة الكمون (Latency): تبدأ مع مرحلة الطفولة المتوسطة حيث يبقى الأطفال في فترة كمون حتى

هجوم البلوغ الجنسي.

● المرحلة التناسلية (Genital): مع هجوم البلوغ الجنسي في هذه المرحلة تبدأ الدوافع والغرائز

والاهتمامات الجنسية بالاستيقاظ من جديد وهي التي تضع العلامات لبدء المراهقة وتحدد مهمات ووظائف مختلفة

للجنسين الذكور والإناث. وخلال البلوغ يصبح لدى الذكور اهتمام بالعملية الجنسية، بينما تعيش الإناث خبرة

تقوية الكبت الجنسي، ويعتبر فرويد أن النمو الواضح للأعضاء التناسلية أهم الخصائص والنتائج للعمليات المدهشة

للبلوغ. وتقود هذه التغيرات الجسمية إلى تزايد في التوتر الجسمي، وبشكل خاص لدى المراهقين الذكور،

وهذا التزايد يرافقه اهتمام متولد متيقظ للتحرر من هذا التوتر من خلال النشاط الجنسي. كما أن الرغبات

اللاشعورية تنتج أيضاً توتراً جديداً في حياة المراهق. والأنا الأعلى يمنع ويحرم القيام بأي عمل حيال المطالب الفريزية

للولصول إلى التحرر الجنسي، وهكذا وفي رأي فرويد فإن الثورة والاضطراب والتوتر تميز المراهقة لأن التحريمات

اللاشعورية ستقف دائماً ضد التحرر من التوترات الناجمة عن البلوغ.

ولقد بذل فرويد جهداً بالغاً في مناقشة موضوع النرجسية (Narcissism) لدى المراهقين، وتجديد العقدة الأوديبية خلال سنوات المراهقة. وتعني النرجسية حرفياً "وله والتان الفرد بنفسه"، وتؤدي النرجسية في المراهقة إلى تقوية تمسك الأنا بالثاليات، والتي تعني أن يتمادى الفرد في اهتماماته الأنانية للوصول إلى إشباع ورضا سريع وآني، كما تعني أن يشكّل الفرد مثاليات الأنا والتي تتضمنها المؤسسات الاجتماعية كالأسرة والبلد التي ينتمي إليها. كما أن الحل الناجح للعقدة الأوديبية يمكن المراهق من تطوير أنا ناضج، والوصول إلى دفاعيات مستقرة ثابتة، كما تمكنه من التخلص من التعلق الطفولي بالوالدين. إن استبدال التوجّه إلى الرفاق بالتوجّه إلى الوالدين هو نتاج نمائي للصرعات الأوديبية المتجددة، وللوصول إلى النضج الجنسي. وأكثر من ذلك فإن الحلول الناجحة للعقدة الأوديبية تنتج قدرة ضبط أقوى للأنا على الأنا الأعلى. ويرى فرويد أن أياً من هذه الإنجازات لا يظهر بدون التمرد الخاص بمرحلة المراهقة. وهي الفكرة التي ركزت عليها بكثافة آنا فرويد أكثر من سيجموند فرويد.

٢) وجهة نظر آنا فرويد حول المراهقة:

وصفت "آنا فرويد" (١٨٩٥-١٩٨٢) المراهقة بأنها اضطراب نمائي ومرحلة من الشغب والاهتياج والشورة. كما أبدت تشككاً واضحاً حول المراهقين الذين لا يظهرون علامات اضطراب وثورة في حياتهم. ولقد وضعت آنا فرويد ثلاثة تساؤلات حول اضطراب المراهقين وثورتهم وهي:-

أولاً: هل هذا الاضطراب حتمي أم يمكن تجنّبه؟

ثانياً: هل الشكل الذي يأخذه اضطراب المراهق يمكن التنبؤ به من سلوك الفرد كرضيع وطفل؟

ثالثاً: هل بالإمكان تمييز المراهقين المضطربين من المراهقين الأسوياء؟

وفيما يتعلّق بالتساؤل الأول، فلقد كانت آنا فرويد متأكدة من أن الدافع الجنسي ذا النشاط المتزايد والجهود المتصاعدة للتحرّر من الطاقة الليبيدية التي تصاحب البلوغ الجنسي، يخلق قلقاً لدى أنا المراهق وينتج اضطراباً وتوتراً واضحين في حياته. ومع أن المراهق يحقق توازناً بين الهو، والأنا، والأنا الأعلى خلال فترة الكمون فإن ضغوطات البلوغ الجنسي تتطلب من الفرد أن يتخلص من هذا التوازن وأن يحدث تكيفات داخلية جديدة. وفي الواقع فإن آنا فرويد ترى أن اضطراب المراهق ضروري من أجل أن يكامل هوية جنسية ناضجة لشخصيته. كما تعتبر آنا فرويد أن المراهق الذي لا يظهر أية علامات اضطرابية فإنه يمكن ألا يحقق التكيفات الداخلية الضرورية. وتقول آنا فرويد إن الأطفال خلال فترة الكمون يتكيفون بتبنيهم لقناع "الأطفال الطيبين الجيدين". وترى آنا فرويد أن هؤلاء الأطفال ذوي الدفاعيات المفرطة ضد الدوافع (دوافع الهو) "يعرقل و"يعاق نموهم بسبب حجز العمليات الطبيعية لديهم مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات لديهم في مرحلة المراهقة. ولقد ذكرت آنا فرويد أن "الأطفال الطيبين" يحتاجون إلى العلاج النفسي أكثر من أي مراهقين آخرين، بسبب أن دفاعياتهم حيال ضغوطات البلوغ الجنسي تؤدي إلى تأخر فعلي وخطير في نموه الطبيعي. وواجب الخلل النفسي هو إزالة مقاومة الطفل، وتعريفه كيف أن المراهقة مزعجة ومتوترة بسبب ذلك، وتوفير وتزويده بمساعدة لتعديل ملاتم في دفاعياته.

أما فيما يتعلّق بالتساؤل الثاني والخاص بإمكانية التنبؤ باضطراب المراهق، فإن آنا فرويد ترى أن التعرف على سلوك الشخص خلال مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة، وفترة الكمون، لا يضمن لنا تنبؤاً دقيقاً حول الشكل الذي سيأخذه اضطراب المراهقة لديه. ولقد شبهت أي شكل من أشكال الاضطراب في المراهقة بالمرض، وقالت إن نمو المراهق في بعض الأحيان يصاحبه قدر من طبيعة الشفاء التلقائي. وأخيراً فإن من المنطقي أن نتساءل فيما إذا كانت آنا

فرويد قد ميزت بين المضطربين نفسياً من المراهقين، والأسوياء منهم؟ لقد اعتبرت آنا فرويد هذا السؤال هو أهم الأسئلة الثلاثة، ولقد أشارت إلى أنه بالرغم من وجود صعوبة بالغة في تعيين الحدود الفاصلة بين الوضع السوي والوضع المرضي لدى المراهقين، إلا أنه مع وجود محلل نفسي بارع يمكن تقرير ما إذا كانت دفاعيات المراهق يمكن أن تؤدي إلى تقدم أو منع النمو. وتوصلت إلى استنتاج مفاده أن المرض النفسي لدى المراهقين ليس كالوضع الطبيعي لديهم مؤكدة على أن المراهق الذي يظهر بشكل ثابت الانسجام والتوافق هو في الواقع يظهر أمراً شاذاً وخارجاً عن المألوف. لكن هل يختلف ذلك الشذوذ عن المرض النفسي؟ وإذا كان كل المراهقين الطبيعيين يعتبرون شاذين، فإن وضع حدود مميزة بين المرض النفسي والشذوذ هو أمر صعب وغير ممكن، وهو عبارة عن تطبيق ما يسميه المنطقيون تمايزاً بدون أي اختلاف.

ولقد ظلت آنا فرويد مخلصاً لوالدها ولنظريته بذكرها أن الصراع هو لب شخصية الإنسان. وبينما نجد أن بعض المحللين النفسيين يتقبلون أيضاً التأكيد الفرويدي على الصراع، فإن البعض الآخر ممن تخصصوا في دراسة المراهقة لا يعتبرون هذه السنوات موصوفة بالمرض النفسي أو الشذوذ ومن أهمهم بيتر بلوس. (Peter Blos, 1970, 1979)

٣) وجهة نظر بيتر بلوس في المراهقة :

استخدم "بلوس" (١٩٠٤-١٩٧٩) المصطلحات الرئيسية الخاصة بالتحليليين التقليديين مثل الأنا والهو والأنا الأعلى والعقدة الأوديبية والحيل الدفاعية، ومراحل النمو النفسي والجنسي، وذلك كنقاط مرجعية وقواعد أساسية في وجهة نظره الفرويدية الجديدة.

ولقد عكس تفكير بلوس تقبل فكرة الصراع والاعتراف بأهيمته، فعند حديثه عن النمو النفسي للأفراد يرى أنه لا يمكن تحقيق تمام النضج أو بلوغه إلا من خلال الصراع فقط، حيث يظل الصراع هو المحور الرئيسي الذي يلعب الدور الجوهرية في نمو الأفراد أنفسهم ونمو العلاقات الشخصية لديهم، كما أنه يشكل أيضاً السجل التاريخي لأفكارهم. وينظر بلوس إلى المراهقة باعتبارها فترة من العمر لا بد أن تفتقر بالتوتر والاضطراب لكنه لم يعتبرها نوعاً من المرض كما فعلت آنا فرويد، هذا ولقد أضاف بلوس في نظريته إلى مراحل النمو في المراهقة عنصرين رئيسيين يتعلقان بعملية التفرد الذاتية الثانية التي تلي عملية التفرد الأولى في مرحلة الطفولة ويشمل العنصر الثاني تشكيل الشخصية في مرحلة المراهقة.

ولقد توصل بلوس إلى خمس مراحل لتطور المراهقة (ما قبل المراهقة، المراهقة المبكرة، المراهقة الحقيقية، المراهقة المتأخرة، ما بعد المراهقة):-

أولاً: مرحلة ما قبل المراهقة (Preadolescence): استخدم بلوس مصطلح ما قبل المراهقة لوصف الشكل التطوري الذي يلي فترة الكمون والذي يسبق فترة البلوغ الجنسي، حيث يعيش الفرد خلال هذه المرحلة خبرة عدم التوازن النفسي بسبب أن المطالب الغريزية تصبح نشيطة، كما أنها تواجه بالرفض من الأنا الأعلى. والذي يميز هذه المرحلة هو الصراع المتجدد لمقاومة الرغبات الغريزية، والأزمات المتعلقة بضرورة تطوير مصادر المواجهة والتي تمتد عبر الحيل الدفاعية التي تم تطويرها خلال مرحلة الطفولة المبكرة وفترة الكمون. كما تكون ردود الفعل الرئيسية عند البنات والأولاد في مرحلة ما قبل المراهقة لمواجهة المطالب الغريزية

النشطة في النكوص، **Regression**، إلى المرحلة السابقة، أو بمعنى آخر الارتداد للأشكال السابقة من "الحيل الدفاعية" والتي كانوا يستخدمونها في مرحلة الطفولة.

وتلقد وصف "بلوس" (١٩٤١) الأفراد في هذه المرحلة بأنهم مزاجيين ومضطربين وقلقين، وعدوانيين. كما توصل أيضاً إلى أن هناك فروقاً بين الجنسين في مظاهر المراهقة لدى كل منهما، حيث أشار إلى أن الذكور يقاومون إغراءات الجنسية الغيرية (الرغبات الجنسية المفرطة نحو الجنس الآخر) بمظاهر علنية غير مكبوحه، أو أنهم غالباً ما يستسلمون تماماً لأشكال الرغبات الخاصة بمرحلة ما قبل التناسلية والتي تظهر جلية وواضحة في سمات شخصية مثل البذاءة، وإهمال العناية بنظافة الجسم والنهم في الطعام والتهيج الحركي. أما بالنسبة للإناث فلقد وجد بلوس أنهن يقتربن من مرحلة الرغبات الجنسية الغيرية بسرعة أكبر وبصورة مباشرة أكثر من الذكور، كما أنهن يكن أكثر ميلاً إلى الاحتفاظ بمشاعرهن المتغيرة داخل أنفسهن باعتبارها شيئاً خاصاً بهن. وباختصار فإن بلوس أكد على أن مرحلة ما قبل المراهقة هي مرحلة حرجية بالنسبة لمرحلة المراهقة ككل وتستحق أن يتم اعتبارها مظهراً ثنائياً محددًا. كما أنه خلال هذه المرحلة يضع الفرد القواعد الأساسية لمواجهة التحديات النمائية التي تظهر لاحقاً في المراهقة، خاصة عودة ظهور العقدة الأوديبيّة.

ثانياً: مرحلة المراهقة المبكرة (**Early Adolescence**):، تبتدئ مظاهر المراهقة المبكرة بالجهود التي يبذلها الفرد لتشكيل نماذج أنا جديدة لديه، وللابتعاد عن الاعتماد على الوالدين، ولكسب علاقات أشد متانة مع الجنس الآخر، ولتطوير هوية ذاتية ناضجة. ولقد استخدم بلوس مصطلح المراهقة المبكرة بحيث يتضمن الفروق بين الأفراد الذين ينمون بصورة طبيعية والأفراد ذوي الطبيعة المنحرفة في نموهم. ولقد اعتبر بلوس أن الإخفاقات النمائية في مرحلة المراهقة المبكرة تعود إلى الفشل في تذليل العوائق التي تظهر في هذه المرحلة من الحياة، حيث أن عدم النجاح في تخطي هذه العقبات يخلق حاجزاً دائماً يحول دون النضج. ولقد أظهر بلوس اهتماماً ليس فقط بالتحديات والمخاطر خلال هذه المرحلة من المراهقة لكنه سعى أيضاً للبحث عن التغيير الحقيقي والنمو لدى المراهقين. ويرى بلوس أن نجاح المراهق في اجتياز تلك المرحلة بكافة مهامها وتحدياتها، يجعله يقترب من مرحلة المراهقة الحقيقية بأمان، أما التعثر في ذلك فإنه يؤدي إلى انتقاله للمرحلة التالية وهو مثقل بمهام وتحديات المرحلة السابقة.

ثالثاً: مرحلة المراهقة الحقيقية (**Adolescence Proper**): وهي المرحلة التي تعتبر مقابلة لمرحلة المراهقة المتوسطة، ولقد اعتبر بلوس أن الاستقلال عن الوالدين، والنمو الواضح المميز لهوية ذاتية ناضجة ومميزة هما العوائق الأساسية الواجب تذليلها خلال هذه المرحلة. وبلغة التحليليين فإن مهمة مرحلة المراهقة الحقيقية هي وضع الحل النهائي للعقدة الأوديبيّة والتي تشكل مصدر إزعاج لحياة المراهقين في السنوات الأولى من عمرهم. إن حل العقدة الأوديبيّة في هذه المرحلة يؤدي إلى ما أسماه بلوس عملية تكوين الذاتية الثانية والتي تتضمن إعادة تنظيم هامة وحيوية تتعلق بالأنثى الأعلى. وتعتبر إضافة بلوس حقيقة أن الأنثى الأعلى يتغير بشكل كبير خلال هذه المرحلة تحدياً كبيراً لما كتبه فرويديون التقليديون الذين أصروا على أن الأنثى الأعلى غير قابل للتغير بعد فترة الكمون **Latency**. ومن الواضح أن التغيرات التي ينتج عنها تكوين الهوية الذاتية الثانية لا تظهر إلا بسبب أن خبرة المراهق مليئة بالاضطراب والتوتر. فالمراهقة حسب رأي بلوس عبارة عن فترة يكون فيها المراهق عرضة للنقد والأذى، وللغموض والإهمال، وللصراع - وبدون هذا الصراع فإنه لا يمكن لذلك الفرد الناضج أن يستفز لكي يتطور وينمو - كما أن تقلبات تغيرات المراهقة في رأي بلوس تحول دون

الوصول إلى النضج، هذا النضج الذي يتسم بقدرته وبكونه المصدر الرئيسي في تناول الصراعات الداخلية لدى المراهق. وكتيجة لعملية تكوين الهوية الذاتية الثانية فإن المراهق يحتاج إلى أنا أكثر ذكاءً ومهارة من ذلك الذي طوره خلال مرحلة الطفولة المتوسطة. هذا كما أن التحديّات في مراحل المراهقة المبكرة وما قبل المراهقة، تزوّد المراهق بقوة دافعة زحمة من أجل الوصول إلى أنا فعّال وحاذاق. ويعيش المراهق خبرة الصراع الأوديبي بطريقة تختلف نوعياً عن التي خبرها في المراحل المبكرة لنموه، بسبب مقاومته وكفاحه الناجح للتحديات السابقة. وأن المصدر الجديد لامتلاء وتشبع الأنا يمكن المراهق من تصحيح حلوله السابقة وغير الناضجة الخاصة بالصراعات النفسية الجنسية، ومن هنا فلقد نسب إلى بلوس تسمية هذه المرحلة من المراهقة بأنها الفرصة الثانية (Blos, 1979:475) **Second Chance**. ولقد أكد بلوس على أن المراهقين ينضجون بسبب ارتدادهم ونكوصهم إلى المرحلة السابقة لكنه لم يقيم هذا النكوص باعتباره أمراً سلبياً، بل اعتبره ضرورياً وطبيعياً لأن نكوص المراهق يعطيه الفرصة للتوجه بشكل مناسب وكاف للقضايا غير المحلولة منذ الطفولة وهو مزود بأنا أكثر تطوراً. وهكذا فإنه لا يكفي باعتبار النكوص أمراً حتمياً لا مفر منه خلال المراهقة، بل يعتبره أيضاً قاعدة للتطور النمائي. وخلافاً لآنا فرويد فإن بلوس لم يصف مرحلة المراهقة باعتبارها المرحلة التي تطلق فيها الصراعات القديمة، ويتم تحمّل الاضطرابات فيها مما يؤدي إلى ظهور الأمراض النفسية. ولكنه كان متفائلاً بشأن احتمالات النمو في المراهقة.

رابعاً: مرحلة المراهقة المتأخرة (Late Adolescence): خلال فترة النمو في مرحلة المراهقة المتأخرة، يتقبل المراهقون فكرة أن صراعاتهم باتجاه تحقيق ذواتهم المثالية هي مجرد رحلة لا نهاية لها. كما أن الغموض والمفاهيم التقريبية تصبح مفاهيم مقبولة باعتبارها التقدير الواقعي الحقيقي للوجود الإنساني. كما أن التشكيل الثابت للشخصية يبرز كنتاج آخر لهذه المرحلة النهائية لنمو المراهقة. ويتم إنجاز تشكيل الشخصية عن طريق مواجهة أربعة تحديات ثمانية واضحة ومحددة وهي:-

● عملية تكوين الذاتية الثانية (Second Individuation).

● الاستجابة لخبرات الحياة المأساوية الصادمة (Traumatic). والتي دعاها البعض بحوادث الحياة غير المرغوبة أو غير المتوقعة. وهذه الحوادث تعتبر بشكل عام حوادث صاعقة ومريرة، كما أن التعامل مع هذه الحوادث والخبرات الصادمة يزوّد المراهقين بموارد لتحقيق قوة شخصية متزايدة.

● تقرير أن الأنا يمتلك استمرارية وثباتاً تاريخيين (Historical Continuity). وفي رأي بلوس فإن الأفراد يجب أن يتقبلوا ماضيهم من أجل أن يحوزوا مستقبلهم، والصعوبات في النضج تظهر عندما تمنع الجيل الدفاعية المراهقين من حل الأمور والقضايا المهمة في طفولتهم، ومن أجل ذلك فهي لا تبدو متفكة مع ماضيهم.

● ظهور الهوية الجنسية (Sexual Identity). لقد ميز بلوس بين الهوية الجنسية وهوية النوع فذكر أن هوية النوع (Gender Identity) تنمو في أي سن مبكر بسبب الرسائل الثقافية التي تتضمن كيف يتوقع أن يتصرف الذكر أو تتصرف الأنثى. لكن الهوية الجنسية تصبح ممكنة فقط عند ظهور النضج الجسمي الجنسي، وعند عدم وجود الالتباس أو الغموض المتعلق بمدف الدوافع الجنسية، وعند توفر المقدرة والإمكانية للحصول على شريك من الجنس الآخر.

خامساً: مرحلة ما بعد المراهقة (Postadolescence). يقول بلوس إن اكتمال تشكيل الشخصية التي تعتبر البناء النفسي الثابت للمراهق هو دلالة وإشارة على نهاية المراهقة. ويؤكد أن هذه النهاية هي النتيجة الطبيعية للنمو غير أنه أشار إلى أن الفرد سيستمر في التطور والنمو خلال مرحلة الرشد لأن تحديات جديدة ستظهر في حياته، والتحديات القديمة التي لم يتم تسويتها أو مواجهتها بنجاح سترحل وستبقى، مع المحافظة على مجهود متواصل للأنا فيما يتعلق بانسجام الحساسيات، ونقاط الضعف والتعرض للنقد والمثاليات، التي تشكل مجتمعة جوهر ذات كل فرد.

وباختصار فإن بلوس وافق على فكرة أن المراهقين يعيشون خبرة الصراع، وأنهم يتطورون وينمون من خلال مواجهتهم للتحديات التي تؤدي إلى الاضطراب: وعلى عكس وجهة نظر آنا فرويد المتضمنة أن المراهقة فترة غير طبيعية في حياة الإنسان، فإن نموذج بلوس للمراهقة يركز على النضج المتزايد باستمرار وعلى الفرد، والاستقلال، اللذين يميزان مرحلة المراهقة.

٤) وجهة نظر أريك أريكسون حول المراهقة:

لقد كتب "أريك أريكسون" Erik Erikson (١٩٠٢-١٩٩٤) بكثافة وغزارة عن نمو الكائن البشري خلال رحلة حياته والذي عبر عنه بالنموذج النفسي الاجتماعي، وقصد به أن النمو النفسي يحدث بسبب أنه يجب على الفرد أن يتكيف مع مطالب وتوقعات المجتمع. ولقد استخدم مفاهيمه النفسية الاجتماعية في دراساته عن مارتين لوثر (أريكسون، ١٩٥٨)، وعن المهاتما غاندي (أريكسون، ١٩٦٩)، كما تقصى وبحث في الطفولة (أريكسون، ١٩٦٣)، والمراهقة (أريكسون، ١٩٦٨)، والشيخوخة (أريكسون، أريكسون وكينفيك، ١٩٨٦)، لكنه لم يخصص أي دراسة لسن الرشد.

نموذج أريكسون النفسي الاجتماعي*

يؤكد نموذج أريكسون النفسي الاجتماعي على فكرة أن النمو النفسي يحدث بسبب الصراعات التي تعتبر مميزة وخاصة في الجنس البشري. وأن مبعث وأصل هذه الصراعات بيولوجي لكنها تأخذ شكلاً آخر بسبب المطالب الاجتماعية التي تتطلب تكيفاً نفسياً، ويعتبر هذا النموذج أن الصراع النفسي هو القوة الدافعة لنمو الإنسان الجوهري. ولقد أكد أريكسون على أن الخلفية الوراثية هي التي توجه بحث الإنسان عن الهوية النفسية.

كما إقترح أريكسون فكرة التصميم الأولي الوراثي كوسيلة لربط نظرية سيجموند فرويد حول الصراع النفسي الجنسي بأفكاره الخاصة بالنمو الجسمي والاجتماعي لدى الأطفال (أريكسون، ١٩٦٨)، وإن هذا التصميم الأولي الوراثي يظهر نفسه في ثمانية أزمات رئيسية للنمو البشري، فالحياة في مجتمع ما تدفع بالكائن الحي للسيطرة على هذه الأزمات النمائية الثمانية. والتي دعاها أريكسون أيضاً "بالمراحل العمرية الثمانية"، وتشكل هذه الأزمات النمائية جوهر نظرية أريكسون للنمو النفسي والاجتماعي.

والتابع المقترح الثابت وغير القابل للعكس، لهذه المراحل العمرية الثمانية يجعلنا نسمي وجهة نظر أريكسون

"بالنظرية المرحلية للنمو". والمراحل الثمان موضحة في الجدول رقم (١/٢).

* سيتم عرض نظرية أريكسون النفسية الاجتماعية بإسهاب في الصفحات القادمة، بعد عرض أبرز الآراء المختلفة التي فسرت المراهقة.

الجدول رقم (١/٢) مراحل أريكسون للنمو النفسي الاجتماعي

مرحلة النمو	الأزمة	الحل والتصريف
الشيخوخة	التكامل مقابل اليأس	الحكمة أو الترفع
الرشد	الإنتاجية مقابل الانهماك بالذات	الرعاية أو الرفض
الشباب	الألفة مقابل الوحدة	الحب أو الحرمان
المراهقة	الهوية مقابل تميح الهوية	الإخلاص والولاء أو الرفض
سن المدرسة	الاجتهاد مقابل النقص	الكفاءة أو القصور
سنة اللعب	المبادأة مقابل الذنب	الغرض أو الكبت
الطفولة المبكرة	الاستقلالية مقابل الخجل والشك	الإرادة أو الإكراه
سن الرضاعة	الثقة الأساسية مقابل عدمها	الأمل أو الانسحاب

(Erikson, 1963; 273, Balk, 1995:21)

وَيُوضَّح الجدول السابق اسم كل أزمة تصاحب أو تلازم كل مرحلة، بالإضافة إلى القوة النفسية الاجتماعية أو العروة غير السوية والمنحرفة والناجمة عن كيفية حل الأزمة. ويتبع التصريف الكفؤ للأزمات الأهلية والكفاءة التي تمكن الفرد من الاستفادة من فرص جديدة، في حين أن الحلول العقيمة للأزمات تقيد الفرد في تفاعلاته وتعامله المستقبلي.

ويمكن الاستدلال على مثال لذلك من خلال النظر إلى تحليل أريكسون للأزمة النفسية الاجتماعية التي تواجه الفرد خلال فترة الكمون (سن المدرسة). ففي مرحلة الطفولة المتوسطة، يدخل الأفراد المدرسة ويواجهون أزمة تقديم وهينة أنفسهم لمهمة التعليم، وتكون الأزمة النمائية في هذه المرحلة عبارة عن الصراع بين الاجتهاد والشعور بالنقص، فإذا اجتاز الطفل الأزمة بكفاءة، فإن القوة النفسية الاجتماعية للكفاءة والأهلية تظهر، بينما يصيب القصور الذاتي والجمود الأطفال الذين يحلون الأزمة بأسلوب ضعيف. (أريكسون، ١٩٨٢)، وهؤلاء الأطفال قد يصبحون مقيدين ومحبطين لدرجة أنهم في المستقبل وكآباء سيحبطون نمو أطفالهم. وبينما عرف أريكسون المراهقة بأنها الفترة الخاصة بالتعامل مع أزمة تشكيل الهوية (Forming an Identity)، فلقد اعتبر أريكسون الهوية هي القاعدة الأساسية لكل مرحلة من مراحل النمو. فروع الطفل الرضيع نحو الثقة أو عدم الثقة بالعالم الخارجي هو خيار أساسي في تشكيل الهوية، وهذا يماثل قرار الأفراد الكبار في رؤية حياتهم متكاملة مستقيمة أو يائسة. وبالتالي فإن كل سن للإنسان هو خطوة متعاقبة في تقدم متسلسل، وكل عمر يحمل في طياته الإمكانيات لتطوير ونمو الهوية أو تجميدها. ويؤكد أريكسون على أنه في نهاية الحياة فإن الفرد الذي قام بحل الصراعات النمائية بكفاءة سيمتلك ثنائي قوى نفسية اجتماعية مميزة وهي: الأمل والإرادة والغرض والكفاءة والولاء والإخلاص والحب والرعاية والحكمة. ويعتمد تأثير هذه القوى النفسية الاجتماعية على حياة الفرد على كيفية استفادته من الفرص التي تظهر أمامه. وتظهر أزمة المراهقة خطراً ثنائي القطبين قد ينجم عن الاندفاع نحو الالتزام غير الناضج، أو صنع القرار الذي يطول أمده ويكون غامضاً ويصعب تحديده أو تعريفه (أريكسون، ١٩٦١). ويعتد ربط أريكسون لمصطلح الأزمة بنمو المراهق، مفهوماً جديداً لفت نظر المهتمين وناسب رؤيا التوتر والاضطراب الخاصة بالمراهقة والتي قدمها فرويديون التقليديون والجدد.

ولقد وافق أريكسون (١٩٦٣) على أن العقدة الأوديبية التي تعود للظهور خلال المراهقة، تقدم صراعات بحاجة إلى حلول. هذا بالإضافة لقضية ثانية مهمة هي القيام بأدوار ومهارات متعلمة في المدرسة تتعلق بالخيارات المهنية المتوفرة للمراهقين. وتمثل وجهة نظر أريكسون حول انبعاث تشكيل هوية أنا جديدة في المراهقة تشابهاً مذهباً مع وجهة نظر بلوس حول المراهقة باعتبارها عملية التفرد الثانية، بينما اعتبر بلوس أن أنا المراهق أكثر غنىً وذكاءً من أنا الطفل، فإن أريكسون اعتبر أن "التكامل الذي يظهر في صورة هوية الأنا هو أكثر من كمية توحدات الطفولة، فهوية الأنا عبارة عن الخبرة المتراكمة لمقدرة الأنا على دمج جميع التوحدات بتغيرات الطاقة الجنسية وبالقدرات النابعة من الموهبة الطبيعية، وبالفرص المقدمة من الأدوار الاجتماعية". (أريكسون، ١٩٦٣)

وهناك تشابه آخر بين تشكيل الهوية (بالنسبة لأريكسون)، وإحساس الأنا بالاستمرارية التاريخية (لدى بلوس)، فلقد اعتبر بلوس تطور إحساس الأنا بالاستمرارية التاريخية شرطاً ضرورياً لتشكيل الشخصية في المراهقة، كما أوضح أريكسون أن هوية الأنا في المراهقة يتم تشكيلها كنتاج للثقة المتراكمة حول التشابه والاستمرارية الداخليين والتي تم إعدادها في الماضي والتي يتم مزاجتها بالتشابه والاستمرارية لمعنى الفرد لدى الآخرين في الوقت الحالي، والمبرهن عليه من خلال الوعد الحقيقي بمهنة مستقبلية لهذا المراهق. (أريكسون، ١٩٦٣)

وتعتبر عدم القدرة على اختيار مهنة ما أكبر تهديد يواجه المراهقين خلال عملية حلهم لأزمة وصراع النمو في فترة المرحلة، فالمرهقون الذين يفشلون في اختيار مهنة لأنفسهم تستولي على طموحاتهم، يصبحون ضحايا لتمتع واضطراب الهوية. (أريكسون، ١٩٦٣، ١٩٦٨)

ويتلاطم المراهقون في مجتمعاتهم مع التغيرات السريعة في التكنولوجيا الحديثة، والأفكار الجديدة، مما يجعلهم يعيشون في معظم أوقاتهم من أجل أن يحلوا بكفاءة وقدرة أزمة تشكيل الهوية - هوية الأنا مقابل تمتع الهوية - وهذا العصر لا يقدم فقط للمراهقين فرصاً حيوية وفعالة، وإمكانيات متزايدة لجعلهم مثقفين ومتعلمين تكنولوجياً (حسب أحدث الوسائل العلمية). ولكنه أيضاً يزيد إمكانيات المراهقين للاستفادة من هذه الفرص (أريكسون، ١٩٦٨).

وبالإضافة إلى مفهوم أزمة الهوية لدى المراهقين، فلقد قدم أريكسون طريقة أخرى في وصف المراهقة، حيث اعتبر سنوات المراهقة عبارة عن مهلة أو قرار مؤجل (Moratorium) بين الطفولة والرشد. وخلال هذه المهلة يصبح الفرد منجذباً للأفكار، ومعنياً بموافقة وتأييد الرفاق، ومتشوقاً للانتماء لنظام أخلاقي يدلّه على ما هو الخير وما هو الشر. وباختصار فإن أريكسون يرى المراهقة جزءاً طبيعياً من نمو الإنسان، وأن المطالب التي تظهر للمراهقين كجزء من التفاعل مع المجتمع، تواجه المراهقين بخيارات من الممكن أن توفر قوى لتدعيم الهوية الذاتية للفرد أو قد تتركه عاجزاً غير مكتمل النضج. ومثل بلوس، فلقد وجد أريكسون أن لدى المراهقين إحساساً قوياً بالهدف والفرضية، والاهتمام بالحياة، كنتاج طبيعي للمراهقة، وذلك على عكس سيجموند وآنا فرويد اللذين اعتبروا المراهقة فترة اضطراب وتدفق الأمراض النفسية. (Balk, 1995: 11-24)

ج) رأي نظرية التعلّم الاجتماعي في المراهقة

وأصحاب هذه النظرية هم السلوكيون (Behaviorists) وهم على خلاف تام مع المدرسة التحليلية، فهم يفضلون أن يوجهوا اهتمامهم نحو السلوك الملاحظ أكثر من أن يتأملوا في الدافعية اللاشعورية، ومن أشهر هؤلاء السلوكيين سكينر Skinner الذي أدان آراء علماء النفس حول الإدراك والفهم واعتبرها خرافات تعيق وتشوه تطور علم النفس كعلم (سكينر، ١٩٩٠). وعلى أية حال فإن نظرية التعلّم الاجتماعي في السلوك توافق على أن العمليات الإدراكية متضمنة أو محتواة في الأداء الإنساني. والتفسيرات السلوكية الرئيسية الثلاثة لحدوث السلوك هي: الاشراف التقليدي (الكلاسيكي)، والاشراط الإجرائي، والتعلّم الاجتماعي.

(١) الاشراف التقليدي (الكلاسيكي) Classical Conditioning، وهو الأسلوب الذي استخدمه العالم الشهير "إيفان بافلوف" Ivan Pavlov، في تجربته الشهيرة على الكلاب. ولقد فسّر بافلوف السلوك بأنه استجابة أي عضوية لمثير محايد سابقاً والذي أصبح مرتبطاً مع بعض المثيرات التي تختار هذه الاستجابة بغفوية وبصورة طبيعية وأوتوماتيكية. على سبيل المثال ذكر بافلوف أن الكلاب يبدؤون في سيلان اللعاب عندما يُعرض عليهم الطعام. وعندما كان الجرس يرن مباشرة قبل إعطاء الطعام للكلاب فإن لعاب الكلاب يبدأ في الظهور لدى سماعهم صوت الجرس فقط. ولقد قدم "بلاكهام" Blackham (١٩٧٧) مثلاً واضحاً للإشراف التقليدي في حياة الطفل الذي يضربه والده لدى قيامه بخطأ في سلوكه. فيبدأ الطفل بالربط بين العقاب ومثيرات أخرى مثل غرفة نومه حيث يقوم والده بضربه ووجه والده ووالده نفسه، والتي كانت جميعاً في السابق مثيرات محايدة تصبح لديها الآن الإمكانية لإنتاج أو توليد الخوف في نفس الطفل.

(٢) الاشراف الإجرائي Operant Conditioning، ورائده سكينر الذي يفسّر السلوك بأنه (أثر النتائج). وبكلمات أخرى ما يلي عرض السلوك يزيد من التماثل والتشابه في الحدوث، بحيث أن الفرد يعيد ويكرر السلوك الذي تبعه نتائج مكافئة. ولقد درس سكينر الأشكال العديدة التي يتخذها السلوك نتيجة للتعزيز وأصرّ من خلال عمله المحترف على أن علم النفس - كأحد العلوم الإنسانية - يجب أن يحدّ فكره فقط في دراسة جداول التعزيز. ومن الأمثلة الشائعة عن الاشراف الإجرائي، تعامل أم مع ابنتها حين تخبر الأم ابنتها أن بإمكانها مشاهدة برنامجها المفضل في التلفزيون فقط إذا قامت أولاً بغسل الأطباق، وإذا تكرر ذلك باتساق وثبات من الأم في تعاملها مع ابنتها (الحصول على شيء تحبه بعد أداء شيء لا تحبه) فإن قانون الأم سيعلّم الابنة أن ما ترغب به (مشاهدة التلفزيون) أو أي شيء آخر تحبه، مرتبط أو متوقف حدوثه على أداء عمل معين قبله (غسل الأطباق) أو غيره مما لا تحبه. وباختصار فإن الاشراف الإجرائي هو نظرية تتضمن أن السلوك محكوم بنتائجه.

(٣) نظرية التعلّم الاجتماعي Social Learning، وصاحب هذه النظرية هو العالم "ألبرت باندورا" Albert Bandura، وتؤكد هذه النظرية على أن معظم التعلّم الإنساني يحدث بدون معززات مباشرة ولكن من خلال ملاحظة الآخرين الذين يقومون بأداء سلوكيات تؤدي إلى نتائج مرغوبة لدى الملاحظ. ويعتبر ألبرت باندورا من أشهر من كتب عن مبادئ تعديل السلوك (١٩٦٩) وبشكل خاص قيامه بتطوير نظرية التعلّم الاجتماعي (١٩٧٧، ١٩٨٦). ولقد قام باندورا بأبحاث ودراسات مميزة عن العدوان لدى المراهقين (باندورا ووالترز، ١٩٥٩)، وأعقبها بدراسة مميزة عن الآثار المترتبة على ملاحظة الأطفال للسلوك العدواني لدى الآخرين. (باندورا، ١٩٦٥)

ولقد أكد باندورا على أن التعزيز البديل (وهي ملاحظة أحدهم يحصل على نتيجة معينة يرغب الفرد الملاحظ بالوصول إليها)، يلعب دورا رئيسيا في التعلم، وهو دور يفوق كثيرا دور المكافآت الخارجية العرضية أو الاستجابات المشروطة. (باندورا، ١٩٦٩، ١٩٧٧)

وجهة نظر باندورا في المراهقة

وعلى عكس المنظرين الذين أكدوا على أن المراهقة فترة مليئة بالتوتر والصعوبات الاستثنائية، فإن باندورا أثبت أن الاستمرارية والثبات علامتان واضحتان بشكل طبيعي في فترة المراهقة أكثر من البلبلية والاضطراب. (باندورا ١٩٦٤، ١٩٨٠)، وهو يعتبر أنه لا توجد فترة عمرية خالية من مشاكل التكيف أو التوتر (١٩٦٤، ١٩٨٠)، كما أنه يرى أن سلوكيات المراهقة تنبثق من سلوكيات الطفولة. ولقد توسع باندورا في هذا الاستنتاج بالتأكيد على أن سلوكيات الراشدين تتسق بثبات مع سلوكيات المراهقين، كما أكد بصورة قاطعة على أن بيانات ومعلومات الدراسات الطولية والنظرية السلوكية قد أيدت أن المراهقين المضطربين كانوا في المرحلة السابقة لثمومهم أطفالا مضطربين، ومن المتوقع جدا لهم أن يكونوا راشدين مضطربين أيضا. (باندورا، ١٩٦٤، ١٩٨٠)

ولقد استمد باندورا رأيه حول المراهقة من نظريته المتضمنة أن تطور ونمو السلوك الإنساني ذو علاقة وثيقة وتاريخية بسلسلة من المعززات، وملاحظة سلوك الآخرين، وتقليد ما يفعله الآخرون، وتذكر التفاصيل الدقيقة لكيفية أداء العمل. ويرى باندورا أن المراهق المضطرب لديه تاريخا من المعززات والنماذج السلوكية والصور والتمثيلات العقلية، والأعمال المقلدة، (أكثر من كونه يظهر علامات توتر واضطراب لا صلة لها بقوانين السلوك)، والتي تعتبر - على ضوء ما يدعي الآخرون خطأ - بأنه المظهر المفاجئ للاضطراب في حياة المراهقين. وأفكار باندورا يمكن توضيحها من خلال بحثه عن المراهقين العدوانيين (Bandura & Walters, 1959) الذي استمر لمدة أكثر من عشر سنوات، وبلغ ذروته في تحليل التعلم الاجتماعي للعدوان عند الكائنات البشرية في جميع الأعمار وليس عند المراهقين فقط. (باندورا، ١٩٧٣). ولقد وجد باندورا أن المراهقين العدوانيين تعلموا من الوالدين منذ الطفولة المبكرة أن العدوان اللفظي والجسدي هما الوسائل المفضلة لتنفيذ أو تحقيق الانصياع لرغبات الشخص الآخر، (باندورا، ١٩٧٣، باندورا ووالترز، ١٩٥٩). وبناء على ذلك فإن آباء المراهقين العدوانيين يزدون أبناءهم بنماذج تصويرية واضحة للسلوك العدواني، وفي بعض الأحيان يقوم الوالدان بدم العدوان لفظيا، بينما يشجعان أولادها لكسي يكونوا عدوانيين بطرق أخرى، كأن يبنذوا أطفالهم أو أن يستخدموا معهم العقاب البدني كأسلوب للتربية. كما أنه يرى أن بعض المراهقين قد يصبحون أيضا منسحبين للغاية. ولقد وجد باندورا أن هؤلاء المراهقين المنسحبين قد تعرضوا منذ الطفولة إلى "تربية عامة كاجحة ومانعة" وذات علاقة بالعدوان، والانتكالية، والسلوك الجنسي. (باندورا، ١٩٧٣)، كما مارس آباؤهم ضبطا دقيقا للعواطف لديهم ولم يشجعوا بالتالي أي تعبير لديهم عن المشاعر.

ولقد أثبت باندورا أن أغلبية المراهقين لا يصبحون عدوانيين، ومعادين للمجتمع ومنسحبين وواقعيين في أوضاع التشويش والاضطراب. وهؤلاء المراهقون يأتون عادة من أسر تتميز بنظام تربية متناسق حيث نادرا ما يحدث العقاب البدني، كما يقوم الوالدان بالتعبير عن عواطفهما ويشارك أعضاء الأسرة مشاعر بعضهم البعض. بالإضافة إلى ذلك فإن التناسق والثبات يميزان سنوات ما قبل المراهقة هؤلاء المراهقين، وسنوات مراهقتهم تستمر بشكل جوهري ورئيسي على نفس النسق. ولقد تساءل باندورا عن سبب اقتناع الناس بأن سنوات المراهقة هي كتلة من المصاعب والمتاعب.

ولقد أثبت باندورا (١٩٦٤، ١٩٨٠) أن العدد القليل من المراهقين الذين يكونون معادين للمجتمع، والذين يصبحون موضع انتباه الكبار، هؤلاء فقط هم الذين يعملون الكبار يضعون تعميمات غير صادقة وغير ثابتة تتضمن أن جميع المراهقين يسبون المشاكل ويخلقون الاضطراب.

(د) وجهة نظر أصحاب المدرسة الثقافية الانثروبولوجية

في عام ١٩٢٠ عندما بدأ السلوكيون في توجيه هجوم على معتقدات المدرسة التحليلية النفسية فيما يتعلق بـ (١) المحددات البيولوجية للسلوك و (٢) كون فترة المراهقة مليئة بالتوتر والاضطراب، ظهر تحد آخر للتحتمية البيولوجية وذلك من علماء الانثروبولوجيا الثقافية والذين نادوا بأن ممارسات المجتمع تفسر السلوك الإنساني أكثر مما تفسره الوراثة. ولقد ركز هؤلاء العلماء على معتقدات التحليليين المتعلقة بأن الأفراد يعانون صعوبات في تكيفهم خلال المراهقة (Boas, 1928,1950). وتمثل "مارجريت ميد" Margaret Mead (١٩٠١-١٩٧٠) - كأشهر عالمة أجناس ثقافية - هذا التحدي، فلقد قامت ميد بالتوجه إلى جزر ساموا لاختبار رسالة الدكتوراه التي قدمها فرانز بوس، حول أن الثقافة تحدد السلوك الإنساني أكثر من الوراثة. وقامت ميد أثناء إقامتها في جزر ساموا بتأليف كتاب أسمته (النمو في ساموا) حيث أصبح من المساهمات العظيمة في علم الأجناس الثقافية. وعليه فلقد لقيت ميد التقدير الذي جعلها في مصاف أشهر علماء الأجناس الثقافية في القرن العشرين.

وذكرت "ميد" (١٩٢٨، ١٩٥٠) في الصفحات الأولى من كتابها أنها عمدت إلى اختبار فكرة أن المراهقة مرحلة صراع وتوتر حتميين، وقصدت بذلك التأكد من خلال دراسة الكائنات البشرية في ثقافات أخرى فيما إذا كان الصراع والتوتر هما نتاج مجتمع من نوع خاص أم أنهما جزء حتمي في نمو المراهقين. ولقد درست ميد "المراهقة الأنثى" في ساموا بتمضية الوقت مع الفتيات السامويات وملاحظة الأعباء المرئية التي يقمن بها، ومن ثم توصلت إلى مادة علمية زاخرة أدت إلى تبرير تعميماتها على جميع المراهقات السامويات. أمضت ميد تسعة أشهر في ساموا وبذهنها سؤال واحد محدد يوجه عملها "هل الاضطرابات التي تكثر المراهقات تعود إلى طبيعة المراهقة نفسها كمرحلة في النمو أم إلى الثقافة الخيطة هؤلاء المراهقات؟". ولعلنا نلاحظ هنا موافقة واعتراف ميد الضمني بأن المراهقات في المجتمعات الحديثة يعانين فعلا من الاضطراب، فهي لم تسأل فيما إذا كانت المراهقات المعاصرات يعانين من الاضطراب أم لا؟ لكنها تساءلت فقط عن مصادر وأسباب الاضطراب.

ولقد أشارت ميد إلى أن مجتمع ساموا لديه مراهقات ذوات قيم ومعايير متناسقة، ومترابطة. وأن المجتمع هناك لا يُلحّ عليهن للإسراع في اتخاذ قرارات حياتية مهمة، كما أن الدورة الشهرية لديهن لا تعتبر أمراً يجب إخفاؤه، وأنهن منذ الطفولة المبكرة يتم توعيتهن بأمن موضوع ومصدر الإنتاج البشري (التناسل). ولقد اعتبرت ميد الاضطراب في حياة المراهقات في ساموا هو الوضع الاستثنائي وليس الشائع، بسبب أن أهل ساموا يشجعون الأفراد على الصبر وطول المعاناة. كما ذكرت ميد أن المراهقة في ساموا كانت "ربما أسعد وألطف الأوقات التي تعرفها الفتاة طوال حياتها". كما لم تذكر ميد أن بعض المراهقات في المجتمع السامواي يعانين من الصراع. وذكرت أن الانحراف لدى المراهقات يظهر فقط بسبب الأوضاع الأسرية السيئة والسلبية وبسبب الحاجات العاطفية الاستثنائية غير المشبعة. وباستخدامها لمبدئها

"إن الثقافة هي التي تحدد السلوك الإنساني" فلقد أكدت ميد على أن هؤلاء الفتيات المنحرفات كن لسن يعانين من الصراع لو وجدن في بيئات أفضل أو أحسن.

هذا وقد أكدت ميد على أن ثقافة المجتمعات الحديثة المعقدة تؤثر بعمق على المراهقين وبشكل سيئ، حيث العديد من الاتجاهات للحياة الحديثة المعاصرة في تدفق مستمر، من تغير في المعايير والقيم والأخلاق، والتعقيدات الاقتصادية، وتعدد الجنسيات في المجتمع الواحد، ودعت لمواجهة هذه المشكلة بإيجاد نظم وطقوس وتقاليده خاصة والتي بما وحدها يستطيع المراهقون الانتقال بأمان إلى سن الرشد. كما أكدت ميد على أن المجتمع الحديث يقوم بتعزيز مشاعر الغضب والألم لدى الأفراد في مرحلة المراهقة. ويبدو أن ميد قد توصلت إلى نفس الاستنتاجات التفاضلية التي توصل إليها سيجموند فرويد حول آثار الحضارة على الأفراد والأمم. (سيجموند فرويد، 1929-1946)

وبدلاً من أن ترى ميد أن هناك إمكانية للتوصل إلى حل ناجح للصراع في مرحلة المراهقة، فلقد اعتبرت أن المجتمع الحديث يحول دون قبول مرحلة رشد تتسم بالمسؤولية نتيجة عدم وجود طقوس واضحة المعالم لعملية الانتقال من المراهقة إلى الرشد. ففي حين أن المراهقين سيصبحون راشدين وفقاً للتطور الزمني، "فإن العديد من أكثر الأفراد موهبة ومقدرة سيقون طوال حياتهم وحتى مماتهم وهم في مرحلة المراهقة، ودون أن يتسوءوا مكانهم المناسب أو أن ينجزوا ما بوسعهم تحقيقه". (ميد، 1930، 1952: 539) (Balk, 1995:24-29)

هـ) وجهة نظر اوفر وزملائه، Offer et al., (1988)

هذا ولقد ارتأت الباحثة عرض وجهة نظر مميزة ذات طابع خاص ظهرت وكأنها تمثل الجانب المتفائل جداً للمراهقة في مقابل وجهات النظر الفكرية والتجريبية التفاضلية التي قدمتها المدارس النظرية السابق عرضها. وتمثل وجهة النظر المتحدية هذه في الدراسات التجريبية الطويلة، وعبر الثقافية التي قام بها "اوفر واستروف وهوارد" Offer, Ostrov & Howard (1988). فلقد قام فريق البحث الخاص هؤلاء العلماء النفسانيين ولمدة تفوق العشرين عاماً، بإجراء دراسات تجريبية عديدة على المراهقين، وذلك من خلال دراسة العالم النفسي للمراهقين الطبيعيين، حيث قدموا وصفاً لكيفية مواجهة المراهقين لمهمات النمو، ولأنواع المشاكل النفسية التي يعانون منها وكيفية تعاملهم معها، ولدى النجاح والفشل في حل صراعاتهم، بالإضافة لوصف علاقاتهم مع أقرانهم وأسرتهم. ولقد وجهوا الاهتمام بشكل خاص لاكتشاف نوعية الصراعات النفسية الصعبة التي يجد المراهقون صعوبة بالغة في حلها، وللتعرف على عدد المراهقين الذين يعانون من مشاكل الأمراض النفسية الحادة. (Offer, 1969; Offer and Offer, 1975; Offer, Ostrov & Howard, 1981a; Offer, Ostrov & Howard, 1984) والمثير في نتائج هذه الأبحاث التجريبية أنها لم تدعم أبداً وجهة نظر "اهتياج وثورة المراهق" والتي قدمها المنظرون وعلى رأسهم "هول" Hall (1904)، "ويلوس" Bloss (1961)، "وآنا فرويد" Anna Freud (1958)، "ورابيشو وسكلانسكي" Rabichow & Sklansky (1980).

هذا ولقد أجريت هذه الدراسات التي تولاهها اوفر وآخرون (Offer, 1969; Offer and Offer, 1975; Offer et al., 1981a) أساساً للكشف عما إذا كان المراهقون الطبيعيون يعانون فعلاً من توتر حاد بسبب الاهتياج الانفعالي؟ ولقد بنيت هذه الدراسات التجريبية على مقدمة تتضمن إن الفروق في الصياغات النظرية

الشائعة قد تعود أصلاً للفروق في نوعية المجموعات التي تمّ دراستها، حيث أن معظم هذه الصياغات قد استندت إلى خبرات مع مراهقين مضطربين عاطفياً. ولقد توصلت هذه الدراسات ذات الإجراءات التجريبية الدقيقة إلى أنه من الممكن للعديد من المراهقين الطبيعيين أن يدمجوا خبراتهم الجديدة الوجدانية والمعرفية والبيولوجية والاجتماعية، وأن يستمروا في النضج مع قليل من الفوضى والارتباك النسبي (Offer et al., 1981a). ولقد ظهر جلياً من نتائج هذه الدراسات أن المراهقة مرحلة تمتاز بمعالم فريدة، ومثلها مثل أي مرحلة عمرية أخرى، تجلب معها تحديات وفرصاً جديدة. ولقد توصل أوفر وزملاؤه أيضاً إلى أن أقلية مهمة (حوالي ١٥%) من المجموعة الطبيعية للمراهقين التي قاموا بدراستها قد وصفت نفسها بالاكتئاب والقلق والفراغ العاطفي، والاضطراب. واعتبروا أن هذه النسبة عالية، وتشير إلى أن الاضطراب Turmoil وعدم التوافق هما جزء حقيقي في حياة العديد من المراهقين. هذا ولقد تضمنت هذه الأقلية من المراهقين: المرضى النفسيين، والأحداث المنحرفين، وأولئك الذين انحرفوا عن قيم الآباء الاجتماعية، كما تضمنت أيضاً المراهقين الموهوبين. ويفسر الباحثون نتائجهم هذه بأنها يمكن أن تعزى لكون هؤلاء المراهقين قد نشأوا في نظام أسري مضطرب أو فراغ عاطفياً، أو عدواني. ولقد اعتبر الباحثون أن النسبة العالية للمراهقين الأسوياء والتي تفوق في عددها هؤلاء المراهقين المضطربين تبدو سعيدة نسبياً وتواجه حياتها بشكل جيد، وتنقل إلى سن الرشد بشكل لطيف، حتى أثناء سلوكها التمردى البسيط والذي يبدو غالباً كنتيجة لإنجاز الخطوة الأولى في عملية التحرر من الوالدين، إن هذا جميعه يقدم وجهاً مشرقاً لكون المراهقة مرحلة طبيعية يمكن أن تخلو فعلاً من الثورة والاضطراب.

ولقد توصلت هذه الدراسات التجريبية أيضاً أنه بالرغم من أن المراهقة مرحلة تلقي على الفرد عبئاً من نوع خاص، وتحدياً وفرصة. (كما قال بلوس، ١٩٧٩: ٤٧٥)، وكما عبرت عن ذلك وجهة نظر أريكسون (١٩٦٨)، فالمراهقون يجب أن يوجدوا لأنفسهم هوية شخصية مميزة، وأن ينشئوا ثقة بالذات، وأن يقوموا باتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بالمستقبل، وأن يحرروا أنفسهم من التعلق الأولي بالوالدين. فإن الغالبية العظمى من المراهقين في هذه الدراسات قد واجهت هذه المهمات بنجاح، دون أن يوجد لديها ذلك الاضطراب الذي ظهر لدى المراهقين المضطربين، ويمكن أن يعزى حدوث ذلك بشكل دقيق إلى أن الأنا Ego عندهم كان قوياً بشكل كاف بحيث يتحمل الضغوطات المختلفة التي واجهوها في حياتهم. وبالتالي فإن هؤلاء المراهقين لم يكونوا متوافقين بشكل جيد فقط، بل كانوا أيضاً على صلة بمشاعرهم، وقاموا بتطوير علاقات مهمة وذات معنى مع الآخرين المهمين في حياتهم سواء الأقران أو الوالدين. كما أن الانتقال لسن الرشد عادة ما تمّ إنجازه تدريجياً وبدون احتياج لا مبرر له. وهكذا فإن نتائج هذه الدراسات تفترض بشكل مؤكد أن حالة الثورة والاضطراب لم تعد هي الكلمة المناسبة لوصف مرحلة المراهقة، وهناك العديد من الدراسات المعاصرة التي سارت في نفس الاتجاه وسجلت نتائج مشابهة لهذه الدراسات مثل، (Block, 1971; Douvan and Adelson, 1966; Rutter, Graham, Chadwick and Yule, 1976; Vaillant, 1977; Westley and Epstein, 1969, Offer, Ostrov, Howard & Atkinson, 1988:1-3)

هذا ولقد أيدت الدراسة عبر الثقافية التي أجراها "أوفر وزملاؤه" (Offer, Ostrov, Howard & Atkinson, 1984)، على عينة مؤلفة من خمسة آلاف وتسعمائة وثمانية وثلاثين مراهق (٥٩٣٨) من عشر دول في أمريكا وأوروبا وآسيا هذه النتائج، حيث توصلت إلى عدم تفوق مراهقي دولة على أخرى في مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، حيث توجد نواحي قوة ونواحي ضعف لدى المراهقين في كل دولة، كما أن الغالبية العظمى من هؤلاء

المرهقين لديهم صورة ذات **Self-image** إيجابية، لكن هذا أيضا لم يمنع من ظهور أقلية من المرهقين (بنسبة ٢٧%) لديها صعوبات في مواجهة مهام المراهقة، وصورة ذات سيئة وتعاني من الاكتئاب والوحدة والفرغ العاطفي (Offer et al., 1988: 92-97). ولا يخفى أيضا أن هذه الدراسة قد قوضت ما قدمته ميد Mead (١٩٢٨) وبنديكت Benedict (١٩٣٤) من أن المراهقة ومشاكلها هي نتاج خاص بالثقافة في كل مجتمع، وان نماذج شخصيات المرهقين هي أجزاء متكاملة للأشكال الثقافية التي تمنحها المعنى. (Levine, 1982) (Offer et al., 1988:109)

١. نظرية أريكسون النفسية الاجتماعية وعلاقتها بنظرية فرويد في التحليل النفسي

لقد بنى "أريكسون" (١٩٠٤-١٩٩٤) أفكاره بإحكام على نظرية فرويد في التحليل النفسي، ولكنه يرى أنه بينما انفعّل فرويد بالشكوك والتوترات التي تكتف مجتمعا يتغير من خلال التقدم التكنولوجي وتأثير الجذور الجنسية المتشددة على قدرات الفرد الاجتماعية، فإنه (أي أريكسون) يلتزم بتحديات ومشاكل عصره - الظروف المتغيرة في عصر التغير، والحركات الاجتماعية ذات الطابع المتحول - (هدى قناري، ١٩٦٩: ٢١). وكما نرى فإن نظرية أريكسون تتباعد عن النمط الفرويدي التقليدي في تركيزها على مجالات ثلاثة:-

أولاً: أن أريكسون يؤكد على الأنا الذي أشار إليه فرويد في كتابه "مشكلة القلق" (Freud, 1936) أكثر مما يركز على الهو Id، وكما يقول "هامشيك" Hamachek (١٩٨٨) "مع أن أفكار أريكسون بنيت بمثابة من خلال النظرية التحليلية الفرويدية، فإن الفرق المهم فيها الأنا Ego وليس الهو يعتبر المصدر القوي لنمو الكائن البشري" (أريكسون، ١٩٦٣). وبالانساق مع هذا الفارق يأتي التأكيد على الاستمرارية في خبرات العلاقات بين الشخصية المتضمنة وظائف الأنا التي تذهب بعيدا عن التطور الجنسي (الليبيدي) الذي دعا إليه فرويد، ويعتبر أريكسون (١٩٦٣-١٩٨٢) أن الأنا هو المركبات العاطفية المؤثرة في الحياة، وهو الذات الداخلية الأصلية الفطرية والتي تنتمي إلى مجتمع، أكثر من كونها محفزة لاشعورياً بالكفاح الليبيدي. ولتعزير هذه الفكرة فإن النظرية النفسية الاجتماعية تؤكد على الترابط Interlinkage بين النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي يعطى وزن متساو لكل من هذه الأبعاد وبالتأكيد على مساهمتها المشتركة في نمو الفرد. وكما يقول أريكسون، (١٩٦٣) "الكائن البشري في معظم الأحيان هو عضوية بيولوجية، وأنا، وعضو في مجتمع، وهو مشترك في العمليات التنظيمية الثلاث جميعها".

ولقد قدم "أريكسون" (١٩٥٠) ثلاث مساهمات رئيسية في دراسة أنا الإنسان تشمل:-

- (١) المراحل النفسية الاجتماعية لنمو الأنا، حيث على الأفراد أن ينشئوا تكيفا جديدا أساسيا لأنفسهم ولعالمهم الاجتماعي. ولقد وضع أريكسون هذه المراحل بحيث تقابل مراحل النمو النفسي الجنسي التي وضعها فرويد (القمية، الشرجية، القضيبية، الأوديبية، الكمون، الجنسية الراشدة) (البلوغ).
- (٢) يستمر نمو الشخصية خلال دورة الحياة الكاملة من سني المهد إلى الطفولة والمراهقة، والنضج والشيخوخة.
- (٣) لكل مرحلة ثمانية خصائص أنا إيجابية وخصائص أنا سلبية. (Hamachek, 1988)

ويعتقد أريكسون أن الدافع اللاشعوري حقيقة مؤكدة. وبناء على ذلك فإنه يشعر بالحرية في إضفاء تأكيد بالغ على دراسة عمليات التنشئة الاجتماعية. ولا يتردد "رابوبورت" Rapuport (١٩٥٩) في أن يصف مبادئ أريكسون بأنها "نظرية العلاقات الواقعية". (هدى قناوي، ١٩٦٩: ٢٣)

ثانياً: قدم أريكسون قالباً جديداً للفرد في علاقته بأبويه داخل إطار الأسرة ثم تكوين الفرد الاجتماعي داخل إطار التراث التاريخي والثقافي للأسرة. وهذا التركيب الاجتماعي يحل محل قالب فرويدي الكلاسيكي الخاص بالحرية في الفرد في إطار واقعية مثلث: الطفل-الأم-الأب (المركب الأوديبي)، ويقصر أريكسون اهتمامه على الحرية فيما بين أفراد الأسرة ودافعيتهم الاجتماعية الثقافية بقوله "إننا لا نستطيع أن نفصل النمو الشخصي والتغير في المجتمع المحلي، كما لا نستطيع أن نفصل الأزمات المتعلقة بالهوية في حياة الفرد والأزمات المعاصرة في التطور التاريخي، وذلك لأن كلا منهما يساعد على تعريف الآخر وينتمي إليه فعلاً" (أريكسون، ١٩٦٨).

ثالثاً: وفي حين كانت مهمة فرويد هي إثبات وجود اللاشعور وعمله فإن مهمة أريكسون كانت تحديدًا لفرص النمو لدى الفرد التي تساعده على التغلب على المخاطر السيكلوجية في الحياة. أما تحذير فرويد من التدهور الاجتماعي الذي يصيب الفرد إذا ما ترك لضغوط مشاعره الكامنة، فلقد أجابت عليه الفرضية المتفائلة التي قدمها أريكسون والمتضمنة "ان كل أزمة شخصية أو اجتماعية تولد عوامل تؤدي إلى النضج"، وبينما نجد أن فرويد قد اقتصر في دراساته على تحديد أسباب النمو المرضي - أي المؤدية للمرض - فإن أريكسون يركز على الحل الناجح لأزمات النمو. (هدى قناوي، ١٩٦٩: ٢٢). وعلاوة على ذلك فإن مفتاح حياة الفرد عند أريكسون هو معرفة طريقة تغلبه على كل مشكلة من مشاكل مراحل النمو وطريقة معالجته غير السليمة للمشكلات المبكرة التي تعجزه عن معالجة المشكلات اللاحقة.

وكما رأينا وبالرغم من نواحي التداخل والاتفاق بين أريكسون وفرويد والتي تظهر في أن كلاهما يعتبر مراحل الشخصية محددة تحديداً سابقاً، ولا تتغير من حيث ترتيب ظهورها، وأن أريكسون يعترف بالأسس البيولوجية والجنسية للاتجاهات الدافعية والشخصية ويلتزم بنموذج فرويد البنائي (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) للشخصية، وعلى الرغم من كل هذا فإن كثيراً من علماء نفس الشخصية يرون أن جهود أريكسون واجتهاداته النظرية مختلفة اختلافاً أساسياً عن فرويد. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٦٦)

نظرية أريكسون للنمو النفسي الاجتماعي

لقد افترض أريكسون أن تشكيل الهوية مهمة تستمر مدى الحياة أو أنها رحلة تتواصل مدى الحياة (خلال مراحل النمو الجسمي النفسي الاجتماعي الثمان) وحيث أننا في بعض الأوقات في رحلتنا هذه نصل إلى طرق فرعية فعلينا إذن أن نتخذ قراراً بأي طريق نسلك. (هذه الطرق الفرعية هي الأزمات النمائية الثمان التي تسهل تشكيل الهوية)، وفي اختيارنا لأي طريق سنسلك فنحن نقدم التزامات بشأن هذه الرحلة، إن هذه الرحلة الطويلة الأمد الخاصة بتشكيل الهوية تتضمن مواجهة أزمات وصنع التزامات. (Balk, 1994 : 131)

ويرى أريكسون أن هذه المراحل النمائية الثمان المتسلسلة تنتج عن عوامل بيولوجية وراثية، وأن لكل مرحلة

من مراحل الحياة زما أمثل وان هذه المراحل متى تمت وفقا لخطتها تؤدي إلى شخصية تقوم بوظائفها على نحو تام. ولقد افترض أريكسون (١٩٦٣) أن كل مرحلة نفسية اجتماعية تكون مصحوبة بأزمة، وأنها نقطة تحول في حياة الفرد تنشأ عن النضج الفسيولوجي وعن المطالب الاجتماعية التي على الشخص أن يستجيب لها في تلك المرحلة وأن المكونات المختلفة للشخصية تتحدد نتيجة لطريقة معالجة هذه الأزمات. والصراع جزء لا يتجزأ من نظرية أريكسون وهو جزء حيوي ويرجع ذلك إلى النمو وما يرتبط به من اتساع دائرة العلاقات الاجتماعية وتزايد قابلية وظائف الأنا للضرر في كل مرحلة وتعتبر الأزمة نقطة تحول، لأنها مصدر لنشوء قوة الفرد وتكامله كما أنها مصدر لسوء توافقه. ولكل أزمة نفسية اجتماعية بعدها الإيجابي وبعدها السلبي فإذا عولج الصراع بطريقة صحيحة مشبعة (كان يكون للشخص تاريخ من إنجازات الأنا) فإن الأنا الناتج يستوعب المكون الإيجابي (الثقة، الاستقلال... الخ) إلى حد كبير، أما إذا استمر الصراع أو تمت معالجته بطريقة غير صحيحة وغير مشبعة فإن الأنا النامي يتعرض للأذى ويستوعب مكونًا سلبيًا (عدم الثقة، الخجل، الشك... الخ) وتظهر الصراعات في تسلسل نمائي، ولكن هذا لا يعني ان الإنجازات أو الاخفاقات المبكرة تلازم الفرد بصفة دائمة. فخصائص الأنا التي تكتسب في كل مرحلة تتأثر بالصراعات الجديدة وبالظروف المتغيرة. والنقطة الأساسية هي أنه ينبغي على الشخص أن يحل على نحو سليم كل أزمة لكي يتقدم إلى المرحلة التالية من النمو على نحو متوافق وصحي. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٦٦-١٦٨)

مراحل النمو النفسي الاجتماعي في نظرية أريكسون

يصف أريكسون في نظريته، كما قلنا، ثماني مراحل متتابعة من مراحل النمو تقع الخمس الأولى منها في مرحلتها الطفولة والمراهقة، بينما تقع المراحل الثلاث الباقية في فترة الرشد. ويضع أريكسون كلمة إحساس Sense في عنوان كل مرحلة إشارة منه إلى أن الشعور الوجداني بالنجاح أو الفشل في مواجهة الأزمة له تأثيره في قدرة الفرد على مواجهة الأزمات التالية (علاء الدين كفاي، ١٩٩٧: ٩٤). وفيما يلي عرض لهذه المراحل مع ملاحظة إن التركيز سينصب على وصف المرحلة الخامسة الخاصة بأزمة الهوية في مرحلة المراهقة لعلاقتها بموضوع البحث الحالي:-

المرحلة الأولى: الإحساس بالثقة مع التغلب على حاسة الشك تحقيقاً للأمل.*

تتطابق هذه المرحلة مع المرحلة الفمية عند فرويد، وتمتد خلال العام الأول من حياة الطفل تقريباً. والإحساس العام بالثقة هو حجر الأساس للشخصية الصحية عند أريكسون. والطفل الذي لديه ثقة أساسية داخلية يرى العالم الاجتماعي عالماً آمناً ومكاناً مستقراً ويرى الناس عطفين موثوقاً بهم. ويرى أريكسون أن مدى قدرة الأطفال على اكتساب الإحساس بالثقة في الآخرين وفي العالم يتوقف على نوعية رعاية الأم لهم، وعلى قدرة هذه الأم على توفير الإحساس بالألفة للطفل وبالانساق والاستمرارية وبتمائل الخبرة. ويؤكد أريكسون على أنه ينبغي أن يثق الأطفال لا في العالم الخارجي فحسب بل وفي العالم الداخلي الخاص بهم أيضاً، أي أنه ينبغي عليهم أن يتعلموا الثقة في أنفسهم وفي قدرة أعضائهم على معالجة رغباتهم الجسمية بفعالية. ويظهر هذا السلوك حين يستطيع الطفل أن يتحمل غياب الأم دون أن يعاني من قلق الانفصال معاناة كبيرة. كما أن اختلاف الوالدين في أنماط رعاية الطفل ونقص ثقتهم في دورهم كآباء واختلاف نسقهم القيمي وتعارضه مع أسلوب الحياة السائد في ثقافتهم قد يخلق جواً من الغموض بالنسبة للطفل مما يؤدي إلى مشاعر عدم الثقة. وتمثل النتائج السلوكية لقصور نمو الإحساس بالثقة بالاكتئاب الحاد عند الأطفال الصغار،

* قامت الباحثة باستخدام عناوين المراحل كما وردت في كتاب هنري و. ماير ١٩٦٩، ترجمة هدى قناري.

والبارانويا والعصاب عند الراشدين، وهو يلاحظ أن مثل هؤلاء الأفراد حين يبدؤون في تكوين علاقة مع المعالج النفسي ينبغي أن يطمئنتوا إلى أنهم يستطيعون أن يثقوا في أنفسهم وفي النهاية أن يثقوا في المجتمع. وتسمى الفضيحة التي يكتسبها الفرد من الحل الناجح لصراع الثقة وعدم الثقة (الشك) الأمل Hope، فالثقة تعني قدرة الطفل على إستشراق الأمل، وهذا بدوره هو أساس إيمان الراشدين بدين معين وعلى العكس من ذلك فإنه حين تخفق المؤسسات الدينية في توفير مغزى واضح وملموس للفرد، تفقد كثيراً من معناها بالنسبة له وقد يتحول منها إلى غيرها.

المرحلة الثانية: الإحساس بالاستقلال الذاتي مع مكافحة الإحساس بالخجل والشك تحقيقاً للإرادة.

إن اكتساب الإحساس بالثقة يفتح المجال لاكتساب الإحساس بالاستقلال الذاتي وضبط الذات، وهذه المرحلة تتطابق مع المرحلة الشرجية عند فرويد وتستغرق السنة الثانية والثالثة من الحياة. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٦٩-١٧٠)، ويلاحظ أن هذه هي السن التي يبدأ فيها تعلم الكلام والمشى، كما يكون الطفل قد فطم وبدأ في تناول طعامه كما يفعل الكبار، وكل هذه الخبرات الأساسية تدفعه إلى طلب الاستقلال والرغبة في الشعور بأن له إرادة خاصة به وإن له كياناً مستقلاً عن الآخرين. ولا بد لكي ينمى عند الطفل هذا الإحساس من أن نعطي الحرية في الحركة والتصرف. ويتعلم الطفل في هذه المرحلة عمليات ضبط المثانة والإخراج. ويؤثر سلوك الأبوين في تعليم الطفل هاتين المهارتين في تكوين شخصيته. فإذا كانت أساليب التنشئة الوالدية صارمة جداً، أو إذا بدأ التدريب في وقت مبكر جداً، فإن الطفل يفقد الفرصة التي يستطيع أن يكون من خلالها الإحساس بالاستقلال بل أنه يكون أقرب إلى الإحساس بالخجل إزاء الآخرين (علاء الدين كفاي، ١٩٩٧: ٩٥) والإحساس بالشك في فاعليتهم في السيطرة على العالم وعلى أنفسهم.

ولما كانت كل مرحلة نفسية اجتماعية تنبني على المرحلة السابقة، فإن اكتساب إحساس مستقر بالاستقلال الذاتي يضيف إضافة جوهرية إلى إحساس الطفل بالثقة وهذا الاعتماد المتبادل بين الثقة والاستقلال الذاتي قد يكون له أحياناً تأثير ضار على النمو النفسي الاجتماعي المستقبلي. وعلى سبيل المثال فالأطفال الذين اكتسبوا إحساساً مهزوزاً بالثقة قد يصبحون خلال مرحلة الاستقلال الذاتي مترددين خائفين فيما يتصل بتأكيد ذواتهم، ومن ثم يستمرون في البحث عن المساعدة وفي تشجيع الآخرين على القيام بأعمال لهم. ويرى أريكسون أنهم حين يصبحون راشدين يغلب أن يظهرُوا سلوكاً وسواسياً قهرياً (لضمان الضبط والسيطرة) أو خوفاً يتسم بالبارانويا من أناس يضمرون لهم الاضطهاد سراً. والفضيلة أو المكون الاجتماعي المقابل للاستقلال الذاتي هو سيادة القانون والنظام. ويرى أريكسون أن على الآباء أن ينقلوا إلى أبنائهم التزاماً عميقاً بالعدالة واحترام الآخرين، إذا أرادوا أن يعدوا أطفالهم ليصبحوا مستقلين ذاتياً في الرشد بدرجة معقولة. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٧٢-١٧٣)

المرحلة الثالثة: الإحساس بالمبادأة مع التغلب على الإحساس بالذنب تحقيقاً للغرض.

إن المبادأة مقابل الشعور بالذنب (الإثم) هو الصراع النفسي الاجتماعي الأخير الذي يخبره طفل ما قبل المدرسة أي الذي يخبره خلال الفترة التي يسميها أريكسون سن اللعب Play age وهذه الفترة تتطابق وتقابل فترة المرحلة القضيية عند فرويد وتستمر من سن الرابعة إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية. وفي هذه المرحلة يبدأ الأطفال في مواجهة تحديات العالم الاجتماعي لهم لكي يكونوا نشطين، ولكي يتقنوا الأعمال الجديدة والمهارات ولكي يكتسبوا موافقة الآخرين على أنهم ينتجون. ويبدأ الأطفال أيضاً في الاضطلاع بمسؤولية جديدة لأنفسهم ولما يؤلف عالمهم (أي

أجسامهم ولعبيهم بحيواناتهم الأليفة وأحياناً أخوتهم الأصغر سناً)، وتتيح لهم لغتهم الطيبة ومهاراتهم الحركية الارتباط بالأتربة وبالأطفال الأكبر سناً خارج بيتهم المباشرة، وهذا يتيح لهم المشاركة في ألعاب اجتماعية معينة.

وفي هذا العمر يبدأ الأطفال في الشعور بأنهم أشخاص وأن الحياة لها هدف وغرض بالنسبة لهم. ويصبح القول "أنا ما سوف أكون عليه" تعبيراً عن الإحساس بالهوية مسيطراً على الطفل خلال سني اللبّ هذه. ويشير أريكسون إلى أن استجابات الوالدين لأنشطة أطفالهم ذات طابع المبادأة 'مجدّد ما إذا كانوا سيركون هذه المرحلة النمائية ولديهم إحساس بالمبادأة يتفوق على إحساسهم بالإثم، ويتيسر نمو المبادأة حين يعترف الآباء بحب استطلاع أطفالهم ولا يستخرون من نشاطهم التخيلي أو يكفونه. إن النمو الناجح في هذه المرحلة يؤدي إلى أن يكون سلوك الطفل موجهاً نحو هدف. وينشأ الإحساس بالذنب (الإثم) عندما لا يتيح الآباء لأطفالهم الفرصة لإتمام أعمالهم معتمدين على أنفسهم، ويتم هذا الإحساس أيضاً من استخدام الوالدين العقاب المبالغ به (لفظياً أو جسماً) كاستجابة لرغبة الطفل الأورديبية الناجمة عن توحيد الطفل مع الدور الجنسي. إن الطفل الذي يعيق الإثم حركته يشعر بالاستسلام وعدم الجدوى والجدارة. ومثل هؤلاء الأطفال يخالفون تأكيد ذواتهم ويعيشون على هامش الجماعات. ويقترح أريكسون أن الإحساس بالإثم قد يتطور ويتخذ صوراً مرضية نفسية عند الراشدين بما في ذلك السلبية العامة والبرود الجنسي والسيكوباتية. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٧٣-١٧٤)

المرحلة الرابعة: الإحساس بالاجتهاد واتقاء الإحساس بالنقص تحقيقاً للكفاءة.

وتبدأ هذه المرحلة عند السادسة وتمتد حتى البلوغ، لذا فهي تقابل الكمون عند فرويد. وفي هذه المرحلة يريد الطفل أن ينجز أعمالاً حقيقية لتحقيق ذاته في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه. وليس في هذه المرحلة أزمة انفعالية معينة، حيث أن مرحلة الكمون تسم بالهدوء الانفعالي. ويتجه الطفل فيها إلى خارج ذاته، ويريد أن يحقق لنفسه مكانة اجتماعية ويحرص على إرضاء الكبار فيتصف بالطاعة والهدوء الانفعالي. والأمر غير المرغوب فيه في هذه المرحلة هو أن يفقد الطفل الثقة في نفسه وأن يتمكن من الشعور بالقصور وعدم الكفاءة. ويحدث ذلك إذا لم تتح الفرصة للطفل للإنجاز الحقيقي داخل الأسرة وفي المدرسة، أو إذا تعرض للنقد واللوم والسخرية من جانب الكبار المحيطين به. لذا فمن الأمور الهامة أن 'يكلّف الطفل في هذه المرحلة بأعمال تناسب قدراته بحيث يستطيع إنجازها وتحقيقها، وإن سمع الشاء على ما يفعل، فإن ذلك يهزه للقيام بأعمال أكثر صعوبة. وعلى المدرسة والأسرة واجب كبير في هذا المجال. (علاء الدين كفاي، ١٩٩٧: ٩٦-٩٧)

المرحلة الخامسة: الإحساس بالهوية مع التغلب على الإحساس بتميع الهوية تحقيقاً للولاء والإخلاص.

تبدأ هذه المرحلة مع المراهقة (من سن ١٢-٢٠) وهذه المرحلة لها أهميتها الخاصة في نمو الفرد النفسي الاجتماعي، ففيها يواجه المراهق مطالب اجتماعية مختلفة وتغيرات أساسية في الدور لمواجهة تحديات الرشد. ويرى أريكسون أن البعد النفسي الاجتماعي الجديد الذي يظهر خلال المراهقة إما أن يكون إحساساً بهوية الأنا، إذا كان موجياً، أو إحساساً بتميع الهوية إذا كان سالباً. والعمل الذي يواجه المراهقين هو أن يبلوروا جميع المعارف التي اكتسبوها عن أنفسهم (كأبناء وتلاميذ ورياضيين... الخ) وأن يوجدوا تكاملاً بين هذه الصور المختلفة للذات بحيث تصبح صورة شخصية تظهر وعياً بالماضي والمستقبل الذي يترتب على الماضي. ويؤكد أريكسون على الطبيعة النفسية الاجتماعية لهوية الأنا دون أن 'يركز على الصراعات بين البنات النفسية بل 'يركز على الصراع داخل الأنا نفسها، أي بين الهوية مقابل

التميع في الهوية ، والتأكيد هو على الأنا وطريقة تأثيرها بالمجتمع وخاصة بمجموعة الأثراب . ويكشف تعريف أريكسون

عن ثلاثة عناصر متضمنة في تكوين الهوية :-

أولاً: ينبغي أن يدرك الأفراد أنفسهم باعتبار أن لديهم نفس الاستمرارية الداخلية أو الماثلة ، أي أنهم ينبغي أن يجربوا أنفسهم عبر الزمن باعتبار أنهم ما زالوا في الحاضر نفس الأشخاص الذين كانوا في الماضي .

ثانياً: ينبغي أن يدرك الآخرون في نفس البيئة الاجتماعية الماثلة والاستمرارية في الفرد . وهذا معناه أن المراهقين يحتاجون إلى أن يدرك الآخرون وحدهم الداخلية التي قاموا بتثبيتها في وقت مبكر . ومقدار ما يكون المراهقون في شك بما يتصل بمفاهيم الذات وصورها الاجتماعية بمقدار ما تعوق مشاعر الشك والخلط وعدم الاكتراث إحساسهم البازغ بالهوية.

ثالثاً: ينبغي أن يتوالى للأفراد ثقة تتزايد في التطابق بين خطوط الاستمرارية الداخلية والخارجية، أي ينبغي أن تثبت مدركاتهم للذات مصداقيتها بالتغذية الراجعة المناسبة من خبراتهم مع الآخرين . ويقتضي نضج المراهق اجتماعياً وانفعالياً إحاطته بطرق جديدة لتقدير العالم وتقويمه من حيث علاقته به . ويستطيع المراهقون أن يتصوروا أسراً مثالية وعقائد وفلسفات ومجموعات، ويستطيعون بالتالي أن يقارنوا هذا بخبرتهم المحدودة بأشخاصهم ومؤسستهم القاصرة . ويصبح عقل المراهق عقلاً ايديولوجياً يبحث عن الأفكار الملهمه والموحدة . وهكذا فإن التشويش والخلط في المثل العليا ينتج عن الإخفاق في التوصل إلى قيم باقية في ثقافة الفرد وعقيدته وايديولوجيته . والشخص الذي يعاني من تشويش في الهوية لم يراجع ويعيد تقويم المعتقدات الماضية ولم يتوصل إلى حل يتركه حراً في العمل والفكر .

كما أن الدور الجنسي الملتم ضروري لنمو الإحساس بالهوية الشخصية . ويبيّن أريكسون أنه حين تحدث التوحيدات الأنثوية والذكورية المناسبة تنمي الشخصية خليطاً صحيحاً ومنسجماً من الخصائص المحدودة جنسياً . والإخفاق في تحقيق هوية جنسية مناسبة كثيراً ما يؤدي إلى تشويش ثانوي الجنس، يضعف بنية الهوية . ويرى أريكسون أن أساس المراهقة الناجحة وتحقيق هوية متكاملة موجود أصلاً من الطفولة المبكرة . فبالإضافة إلى ما يجلبه الأفراد معهم من الطفولة عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة، تتأثر تنمية الإحساس بالهوية لدى المراهقين تأثراً له مغزاه بالجماعات الاجتماعية التي يتوحدون معها . ويرى أريكسون أن المراهق قابل للتعرض للأذى نتيجة لضغوط التغيرات السريعة الاجتماعية والسياسية والتكنولوجية التي تضر بهويته، والتي تسهم في الإحساس الغامض بالشك والقلق وعدم الاستمرارية . كما أنها قد تدد أيضاً بتحطيم كثير من القيم التقليدية العزيزة التي تعلمها الشباب وخبروها وهم أطفال . وتعكس الفجوة بين الأجيال بعض السخط وعدم الرضا العام بقيم المجتمع . ولعل اضطرابات الشباب وحركاتهم مثال يوضح هذا، فما يبدو حقيقة بالنسبة لجيل يبدو وهمياً وخيالياً للجيل الذي يليه . وبناء على ذلك يفسر أريكسون كثيراً من الحركات الاجتماعية للشباب باعتبارها محاولة لترسيخ استمرارية هويتهم بين الماضي والحاضر انطلاقاً إلى المستقبل .

إن إخفاق الشباب في تنمية هوية شخصية بسبب خبرات الطفولة السيئة والظروف الاجتماعية الحاضرة يؤدي إلى ما يسميه أريكسون أزمة الهوية .

إن أزمة الهوية أو تميع الدور كثيراً ما يتميز بمعجز عن اختيار عمل أو مهنة أو عن مواصلة التعليم . ويعاني كثير من المراهقين من صراع العصر ويجربون إحساساً عميقاً بالثفاهة وبعدم التنظيم الشخصي، وبعدم وجود هدف في

حياتهم. فهم يشعرون بالفصوم والغربة، وأحياناً يبحثون عن هوية سلبية، هوية مضادة للهوية التي حدد

خطوطها

الوالدين أو جماعة الأتراب ويفسر بعض السلوك الجانح بهذه الطريقة. وعلى أية حال فإن الإخفاق في ترسيخ هوية شخصية مناسبة لا يعني بالضرورة أن المراهق محكوم عليه بحياة تنسم هزيمة مستمرة. ذلك أن أريكسون يؤكد على أن الحياة في تغير مستمر، وحل المشكلات في مرحلة معينة من مراحل الحياة لا يعني عدم ظهورها مرة أخرى في مراحل لاحقة، أو أن ذلك يمنع اكتشاف حلول جديدة لها. إن هوية الأنا كفاح مستمر مدى الحياة. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٧٦-١٧٩). وباختصار فإن العوامل التالية هي الأشد مسؤولية عن تيسر أو إرباك نشوء الهوية لدى المراهقين: (١) ثقافة المجتمع (٢) العلاقات مع الوالدين (٣) القدرة المعرفية (٤) التمييط الجنسي والهوية الجنسية (٥) الاختيار المهني (٦) اكتساب القواعد الخلقية والقيمية. (مسن وكولجر وكاجان، ١٩٨٠: ٤٨٢-٤٩٩) أما المراحل الثلاث الباقية فسيتم عرضها بشكل موجز لضمان تقديم المفهوم النظري الأريكسوني المتكامل. وذلك كما يلي:-

المرحلة السادسة: الإحساس بالألفة وتجنب العزلة تحقيقاً للحب.

وتتمثل هذه المرحلة البداية الرسمية لحياة الرشد. وهذه هي المرحلة التي يصبح فيها الشخص منهمك في الخطبة والزواج والحياة الأسرية المبكرة، وتمتد من المراهقة المتأخرة حتى سن الرشد المبكر (أي من سن ٢٠-٢٤ سنة) وخلال هذه الفترة يوجه الراشدون أنفسهم عادة نحو إتقانهم لعمل أو مهنة ونحو الاستقرار. ويرى أريكسون كما فعل فرويد أن الشخص في هذه المرحلة يكون مستعداً استعداداً حقيقياً للألفة الاجتماعية والارتباط مع شخص آخر، أي أن يدمج هويته مع شخص آخر دون خوف من فقدان أي شيء من ذاته، وإن الإحساس بالألفة لا يمكن اكتسابه ما لم يكن الشخص قد حقق قبل ذلك هوية شخصية متماسكة محكمة. والخطر الأساسي في هذه المرحلة النفسية الاجتماعية هو الاستغراق في الذات Self-absorption أو تجنبها للعلاقات بين الشخصية التي تلزم الفرد بالألفة والانغماس الاجتماعي. حيث تؤدي عدم القدرة على تكوين علاقات ودية بآخريين إلى الشعور بالخواء الاجتماعي والعزلة. ويعتقد أريكسون أن الظروف الاجتماعية (أي صعوبة تحقيق المودة والألفة في المجتمع التكنولوجي غير الشخصي السريع الحركة وفي المجتمع الحضري) قد تعوق ترسيخ الإحساس بالألفة والمودة. والحل الصحي لأزمة الألفة مقابل العزلة يؤدي إلى تكوين نفسي اجتماعي قوي في شخصية الفرد وهو الحب. ويتوسع أريكسون في مفهوم الحب إلى أبعد من خصائص الحب الرومانسي حيث يعتبره القدرة على التعهد لآخريين والالتزام بهذا حتى لو تطلب ذلك إنكار الذات والتراضي.

المرحلة السابعة: الإحساس بالإنتاجية وتجنب الإحساس بالانهماك الذاتي تحقيقاً للرعاية.

تتطابق المرحلة السابعة من مراحل النمو عند أريكسون مع أواسط العمر (من سن ٢٥ إلى ٦٥) وتضم ما يصفه أريكسون على أنه الإنتاجية مقابل الركود والعقم. ويعتبر الشخص منتجاً حين يبدأ الاهتمام بالصالح العام للجيل التالي. وينشأ من الأزمة النفسية الاجتماعية للإنتاجية فضيلة الرعاية Care التي تنشأ من الإحساس بأن شيئاً أو شخصاً يهتمك، ويرتلن الذين يحققون في ترسيخ الإحساس بالإنتاجية إلى حالة من الانهماك في الذات مما يؤدي بهم إلى التوقف عن أداء وظائفهم كأعضاء منتجين في المجتمع، ويطلق على هذه الأزمة "أزمة أواسط العمر" إنفا الإحساس باليأس وبأن الحياة لا معنى لها.

المرحلة الثامنة: الإحساس بالتكامل وتجنب الإحساس باليأس تحقيقاً للحكمة.

يرى أريكسون أن هذه المرحلة الأخيرة من الرشد لا تتميز بظهور أزمة نفسية اجتماعية جديدة بل بتجميع وتكامل وتقويم كل المراحل السابقة لنمو الأنا. (جابر عبد الحميد، ١٩٩٠: ١٨٠-١٨٤).

هذا ولقد بذل العديد من الباحثين جهوداً متنوعة وكثيفة لتفعيل مفهوم أريكسون (هوية الأنا Ego Identity)، وأشهرهم مارشا Marcia (١٩٦٦)، وآدمز وجروثفانت Adams & Grotvant (١٩٨٤)، وجوسيلسن Josselson (١٩٨٧)، والرايست وديست Enright & Deist (١٩٧٩)، وهماشيك Hamachek (١٩٨٥، ١٩٨٨، ١٩٩٠). وسيم فيما يلي تناول هذه الدراسات والأبحاث التي أجراها هؤلاء الباحثون للبرهنة على صحة مفهوم أريكسون وأهميته في الجانب الوقائي والعلاجي للصحة النفسية.

أولاً: دراسات جيمس مارشا James Marcia (١٩٦٤، ١٩٦٦، ١٩٨٠)، وهو من أهم الباحثين الذين درسوا تشكيل الهوية في المراهق مستنداً على نظرية أريكسون. ولقد كانت بحوثه ودراساته مصدر إلهام للعديد من التجارب والمشاريع الخاصة برسم رحلة المراهقين التي يتكفلون بها لتشكيل هوية ذاتية. ولقد افترض مارشا أن الهوية تأخذ أربعة أشكال وأحوال Identity statuses مميزة نوعياً، ويمكن تعريف كل حالة على ضوء وجود أو غياب الشعور بالأزمة (Crisis) ووجود أو غياب الإحساس بالالتزام (Commitment) وهذه الأحوال هي:-

(١) تمييع الهوية (Diffusion)

(٢) ابتسار الهوية (Foreclosure)

(٣) تأجيل أو تعليق الهوية (Moratorium)

(٤) إنجاز الهوية (Achieving)

وكل حالة من حالات الهوية تعرف على ضوء ما يلي:

(١) وجود أو غياب القرارات الشخصية المتعلقة بالمهنة والأفكار السياسية والمعتقدات الدينية، والتي تمثل خبرة الالتزام.

(٢) وجود أو غياب صنع القرار والذي هو عبارة عن وجود أو عدم وجود الشعور بالأزمة.

إن استخدام مارشا لمصطلح الأزمة يعود بدقة إلى كون الفرد قد قام بالنضال أم لم يقم من أجل اتخاذ القرارات الشخصية. وما يهتم به مارشا هو القرارات المختارة ذاتياً (Self-chosen) أكثر من التي يتم فرضها خارجياً (من قبل الآخرين). ويوضح جدول رقم (٢/٢) أحوال الأزمات والالتزامات في نظرية مارشا.

جدول رقم (٢/٢) أحوال الهوية

المتبعة	المتسرة	المعلقة	المتجزئة
إما موجودة أو غائبة	غير موجودة	داخل الأزمة	موجودة
غير موجود	موجود	موجود بغموض	موجود

(١) تمتيع الهوية (Identity Diffusion). يكون الفرد في هذه الحالة غير قادر على القيام بالتزامات، ويبدو أنه ينحرف مع تيار الحياة ولا يسجل أي إحساس بالحاجة للبحث عن إجابات للأسئلة المتعلقة بالوجود الإنساني. على سبيل المثال، الفرد ذو الهوية الممتعة سيقول (عندما تتعلق الأمور بالدين، فإنني لا أرى أي حاجة لاتخاذ أي قرار، وما فائدة ذلك؟).

(٢) ابتسار الهوية (Identity Foreclosure). ويكون الفرد في هذه الحالة قد تقبل القيم التي يؤيدها الآخرون - خاصة الوالدين - لكنه يكون قد تقبلها بدون أي شعور بالكفاح من أجل الاختيار الشخصي. والفرد ذو الهوية المتسرة سيقول (أنا حقيقة لم أقم بالتساؤل مطلقاً عن ديني، لكن طالما أن والدي يريانه جيداً أو صحيحاً، فيجب أن يكون كذلك بالنسبة لي أيضاً).

(٣) تأجيل أو تعليق الهوية (Identity Moratorium). والفرد في هذه الحالة يبحث عن إجابات مقنعة لأسئلة متعلقة بالوجود الشخصي والاجتماعي. والأفراد في هذه الحالة يكافحون من أجل قضايا ذات معنى وجودي والتزامي. وبخبرهم غالباً ما يفودهم للتمسك بأسئلة غير قابلة للإجابة مثل، لماذا يوجد الشر في العالم؟ (٤) إنجاز الهوية (Achieved Identity). والأفراد في هذه الحالة يتوقع لهم أنهم قد مروا بمرحلة التأجيل (Moratorium) خلال نضالهم، وأنهم توصلوا إلى معرفة العديد من الأمور المهمة مثل المهنة والأعمال والسياسات والدين، وتوصلوا إلى نهايات مفيدة لهذه الأمور. وإجابة الفرد صاحب الهوية المنجزة عندما يسأل عن الدين غالباً ما تكون: (إن معتقدات الفرد الدينية فريدة ومميزة لكل شخص على حدة، ولقد وازنت هذه الأمور وأعرف بماذا أؤمن وبماذا لا أؤمن).

إن إنجاز مارشا الرئيسي حول موضوع أحوال الهوية ظهر في أطروحة الدكتوراه التي قدّمها عام ١٩٦٤ في جامعة ولاية أوهايو، كما نشر مراجعة لها عام ١٩٦٦. ولقد طوّرت مارشا أداتين لتقييم حالة الهوية، الأداة الأولى تتطلب قيام المفحوص بإكمال (٢٣) جملة بكلماته الخاصة. وأمثلة على ذلك:-

(١) عندما أقارن أهدافي الخاصة بأهداف أسرتي

(٢) أنا مقتنع تماماً بأن

(٣) من الآن وحتى عشر سنوات قادمة أنا

ولقد سُمي مارشا هذه الأداة بالجملة غير المكتملة لهوية الأنا **Incomplete Sentence Blank Ego**

Identity (ISB-EI). أما الأداة الثانية فكانت عبارة عن مقابلة دعاها مارشا (مقابلة حالة الهوية)

Identity Status Interview. يتم التركيز فيها على ثلاثة مواضيع تشمل: المهنة والدين والسياسة.

وبينما قصد مارشا من مقياس تكملة الجملة غير المكتملة لهوية الأنا (ISB-EI) تقرير ما هو المستوى، وكم هو جيد

الأسلوب الذي يتعامل الفرد فيه مع تحديات مرتبطة بتروسيخ هوية الأنا، فلقد صمم مقابله للتعرف على الأسلوب الذي

يتناول به الفرد القضايا المرتبطة بالهوية، هذا الأسلوب الذي يتفق أو يتطابق مع الأحوال الأربعة للهوية: التمتع والابتسار والتأجيل والإنجاز.

ثانياً: كما قام كل من جيرالد آدمز **Gerald Adams** وهارولد جروتيفانت **Harold**

Grotevant عام ١٩٨٤ بتطوير أداة مقيسة لقياس أحوال الهوية، وكان هدفهما إعداد أداة لقياس أحوال الهوية الأربعة حسب نظرية مارشا (١٩٦٤)، ولقد سميا الأداة المقياس الموضوعي الموسع لحالات هوية الأنا **(The Extended Objective Measure of Ego Identity Status)**. **(EOM-EIS)** وهو مراجعة لمقياس موضوعي لحالة هوية الأنا **(Objective Measure of Ego Identity Status)** Identity Status **(OM-EIS)**، الذي يتألف من أربعة وعشرين بنداً تغطي المجالات التي تطرق لها مارشا في مقابله (المهنة والسياسة والدين) **(Adams, Shea & Fitch, 1969)**. وتقيس الأداة **(EOM-EIS)** الهوية النفسية على ضوء: المهنة والسياسة والدين والصداقة واللقاءات مع الجنس الآخر والدور الجنسي ونموذج الحياة الفلسفي والترويج.

ولقد توصل هذان العالمان إلى أن تنبؤاً دقيقاً يمكن الوصول إليه بالنسبة لحالة الهوية، وذلك باستخدام أداة **(EOM-EIS)**، كما أن دراسات وتحليلات حديثة قد أكدت على صدق هذه النتائج (آدامز وآخرون، ١٩٨٩). وباختصار فإن أهمية هذا الإنجاز تلخص في توفر مقياس يتمتع بالصدق والثبات العالميين والذي تجمع به معلومات عن حالة الهوية بطريقة اقتصادية. **(Balk, 1995:133-137)**

ثالثاً: وأجرت روثلين جوسيلسن **Ruthellen Josselson** دراسة تتبعية امتدت من عام ١٩٧١-

١٩٨٧ بهدف فهم الأسس النمائية والداخلية لتشكيل الهوية عند الإناث، واكتشاف الفروق الداخلية بين المجموعات الأربع من النساء اللواتي يمثلن الأحوال الأربعة للهوية والتي من خلالها يمكن تفسير لماذا يحل البعض منهن أزمة الهوية، بينما الأخريات إما أن يتجنبن مهمة خلق الهوية أو يصبحن غير قادرات على تجاوز الأزمة.

ولقد قامت الباحثة من أجل ذلك ولمدة ثلاث سنوات بمقابلة (٦٠) طالبة جامعية تم اختيارهن عشوائياً من قوائم طلبة الجامعة، ومن كليات مختلفة في جامعات مختلفة تراوحت أعمارهن من ٢٠-٢٢ سنة، وقامت بتلخيص النتائج برسم صور نفسية مفصلة لكل حالة من حالات الهوية التي عثر عليها لدى الستين طالبة (تراوحت مدة المقابلة من ساعتين إلى ثلاث ساعات) **(Josselson, 1973)**. ولقد أجابت المشاركات على الأسئلة الخاصة بحالة الهوية في مقابلة حالة الهوية **(I.S.I.)** حسب طريقة مارشا **(Marcia, 1966)**، بالإضافة للتقرير الكليكي عن كل حالة. وذلك من أجل تحديد حالة الهوية التي تمثلها كل مشاركة من خلال تقييم مستوى الشعور بالأزمة والالتزام في مجالات أربعة شملت المهنة والدين والسياسة والقيم والمعايير الجنسية. ولقد ركزت الباحثة على معلومات السيرة الذاتية والصراعات الرئيسية وكيفية مواجهتها والعلاقات مع الآخرين والأنظمة الدفاعية وعمليات التوحيد ووصف أفراد الأسرة والقوى النفسية المهمة والمادة الخيالية المؤثرة والأحلام والذكريات المبكرة. وكل هذا تم تسجيله حرفياً (حسب لغة المرافقة).

ولقد أظهرت نتائج البحث في مرحلته الأولى (تحديد أحوال الهوية لدى العينة ورسم الصور النفسية لهن) أن الفتيات في الأحوال الأربعة للهوية يختلفن بشكل ثابت، فالفتيات المنجزات الهوية كن مراهقات استطعن إعادة توظيف ذواتهن الطفولية بطرق مريحة ومقبولة. وحددن طريقاً لأنفسهن شعرن أمن قمن فعلاً باختياره. أما المعلقات الهوية، فهن على العكس، كن يتركن منازلهن (تكوين الفرد والذاتية) وهن يشعرن بأسى في بعض الأحيان، وبآلذنب دائماً، وذلك في بحثهن عن الشعور بالصواب المطلق الذي يستعصي ويستحيل عليهن الوصول إليه. لقد بدت الحياة أكثر تعقيداً أمام هؤلاء الفتيات، ولقد عشن خبرة الصراع حول ماذا سيكن وعن يؤمن، مما جعلهن يقين غير قادرات على اختيار طريقة لحياتهن، أما المبتسرات الهوية فلقد كن فتيات لم يستطعن أبداً الاستقلال والابتعاد نفسياً وعاطفياً عن الأسرة، وكن منشغلات بالأمان الذي وجدته في صلة أو علاقة سابقة وقوية مع الأم أو الأب. لقد كن غير قادرات على التخلي عن إشباع الحب والاهتمام التي تتطلبها الذات المستقلة، وكن يتصفن بالشدة والجمود والأخلاقيات، ويعملن بإخلاص ومثابرة وينجزن بمستوى عال لكنهن يقين منغمسات بطمأنينة في شبكة أسرهن ويتجاوزن مهمة اكتشاف هوياتهن.

أما اللواتي كن متميعات الهوية فلقد أظهرن سلسلة من مشاكل المرض النفسي والصراعات النمائية في المرحلة السابقة من مراهقتهن، مما جعل مهمة تشكيل الهوية لديهن تبدو مستحيلة. لأنهن قد جلبن معهن لمرحلة المراهقة موارد دعم نفسية داخلية قليلة جداً من أجل توجيه قرارات الهوية بشكل جدي.

وفي عام ١٩٨٣ وبعد مرور عشر سنوات على إعلان نتائج دراسة جوسيلسن (١٩٧٣) ترددت في ذهن الباحثة فكرة متابعة حياة هؤلاء النساء وأرادت أن تعرف ما إذا كان ما تبأت به عنهن دقيقاً (حول أحوال الهوية) وتساءلت هل حالة الهوية في مرحلة الجامعة تحدث فرقاً مهماً في غط الحياة الذي سيتبعه بقية حياتهن؟.

ولهذا فلقد قامت الباحثة وفريقها بالاتصال الهاتفي والبريدي بأفراد المرحلة الأولى (عام ١٩٧١) لدعوتهم للمشاركة في المرحلة الثانية من الدراسة (الدراسة التبعية) حيث تم الوصول إلى (٣٤) امرأة وافقن على المشاركة موزعات على أحوال الهوية حسب الأعداد التالية:-

Achieved	(٨)	منجزات الهوية
Moratorium	(١٠)	معلقات الهوية
Foreclosure	(٨)	مبتسرات الهوية
(Josselson 1987: 33-35) Diffused	(٨)	متميعات الهوية

وهكذا فقد أرسل هن استبيان طويل، وشريط تسجيل لإجابتهن على الأسئلة المفتوحة بعد مضي اثني عشرة سنة. وبعد أن تم تدوين وتسجيل إجابتهن التسجيلية، قامت الباحثة وفريقها بالاتصال ثانية مع أفراد العينة (ال ٣٤ امرأة) من أجل إجراء مقابلة شخصية أو تليفونية لتوضيح وتعميق المعلومات التي شعرت الباحثة أنها أبعاد مهمة جداً في حياة هؤلاء النساء. ولقد استغرقت معظم المقابلات (هاتفية، شخصية) التي تم تسجيلها أيضاً من ثلاث إلى أربع ساعات وذلك لمدة سنتين، ثم عرضت التسجيلات على مقدرين من طلبة الدكتوراه في علم النفس الكلينيكي. وأجري تقييم لكل شريط من قبل الباحثة وأحد أخصائي العلاج النفسي الذي كان يضع ملاحظاته وتعليقاته على التسجيلات. وكان الهدف هو مراجعة دقيقة لحدود الإمكانيات والخيارات في حياة هؤلاء النساء منذ

تخرجهن من الجامعة، وأيضاً طلب منهن الإجابة ثانية على (مقابلة حالة الهوية I.S.I) وتم تقدير حالة الهوية على ضوء المادة التي كانت تصل من المشاركة بالإضافة إلى أسئلة المقابلة الشخصية أو الهاتفية، ونتائج اختبار تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test Cards)، ومعلومات عن تاريخ العمل ونوعه، ودرجة الرضى عن العمل، وتاريخ العلاقات بين الشخصية، ولحظات القرارات الحاسمة، وأسئلة مفتوحة دعت المشاركات للتأمل والتفكير في حياتهن. (Josselson, 1987:195-197)

ولقد توصلت جوسيلسن في نتائج دراستها التبعية إلى أن نظام وشكل هوية المرأة في مرحلة المراهقة المتأخرة يشكل البنيان الأساسي لسنوات رشدها، وباختصار فإنه إذا تمكنا من معرفة حالة الهوية في مرحلة المراهقة المتأخرة يمكن لنا التنبؤ بنجاح وبشكل مبرر ومنطقي بحالتها النفسية في سني رشدها المبكر والذي يسمح لنا بالتالي بالتنبؤ بوضعها النفسي في سني رشدها المتوسط. (Josselson, 1987:168)

رابعاً: كما قدم انرايت وديست Enright & Deist (1979) نموذجاً مقترحاً للاحتتمالات الاجتماعية التي يمكن أن يضعها المراهق في الاعتبار عند تشكيل الهوية يصفان فيه أن فهم الاحتمالات هذه قد يقوي أو في بعض الأحيان يعيق تشكيل الهوية، مركزان في نموذجهما على العمليات الشكلية التي اعتبرها أريكسون المركب الثالث للهوية، ولقد استخدما فكرة إدراك المنظور الاجتماعي (Social Perspective Taking) باعتباره المؤشر للعمليات الشكلية المجردة. (Enright & Deist, 1979).

خامساً: كما قدمت نتائج الدراسة الطولية التجريبية التي أجراها فايلانت Vaillant (1977) على مجموعة من طلبة جامعة هارفارد، دعماً عملياً لنظرية أريكسون النفسية الاجتماعية (1963، 1980، 1982)، حيث تبين أن أولئك الطلبة الذين كانوا يعانون من اضطراب الهوية أثناء حياتهم الجامعية والذي تمثل في تدني مستوى التوافق لديهم، كانوا عند بلوغهم سن السابعة والأربعين أقل توافقاً من غيرهم، وأقل ثقة بأنفسهم وبالعالم، وأنهم يتصرفون بعدوانية نحو نماذج السلطة، ويفتقرون إلى المبادرة، ويشعرون بعدم الأمان، ويواجهون صعوبات في إقامة علاقات حميمة وفي تحمّل مسؤوليات الراشدين. (Enright & Deist, 1979)

سادساً: كما قام هاماشيك Hamachek (1985، 1988، 1990) بوضع قائمة بأنواع السلوك التي يمكن أن ترتبط مع كل مرحلة من مراحل نمو الهوية (المراحل النفسية الاجتماعية الخمسة الأولى) والتي تشير إلى التعبيرات التوافقية وغير التوافقية لنمو الهوية مؤكداً في ذلك على فكرة أريكسون بأن الصراعات الرئيسية لتشكيل الهوية تبقى مستمرة طيلة دورة الحياة. وفيما يلي نموذج من الخصائص السلوكية التي وضعها هاماشيك لمرحلة المراهقة (المرحلة الخامسة).

المرحلة الخامسة: التعبيرات السلوكية للإحساس بالهوية المنجزة والهوية المضطربة (من سن ١٢-٢٠ سنة)
أ- الخصائص السلوكية للأفراد الذين لديهم إحساس بالهوية المنجزة (Achieved Identity)

في مرحلة المراهقة

(١) لديهم مفهوم ذات ثابت لا يتغير بسهولة.

(٢) لديهم مقدرة على دمج الأهداف القصيرة الأمد بالخطط الطويلة المدى.

(٣) قليلو التأثير بضغط الأصدقاء.

(٤) قادرون على صنع قرارات بدون تردد غير مناسب وغير حاسم.

(٥) لديهم مستويات عالية من تقبل الذات.

(٦) ميالون للتفاوض بشأن أنفسهم، والآخرين والحياة بشكل عام.

(٧) ميالون للاعتقاد بأنهم مسؤولون عما يحدث لهم، سواء كان ذلك سيئاً أم جيداً.

(٨) قادرون على البحث عن تقبل الذات مباشرة من خلال كوفهم نفس الشخص الذي يحملون هم مواصفاته.

(٩) قادرون على أن يكونوا قريبين عاطفياً وجسدياً من شخص آخر بدون أن يخافوا من فقدان ذواتهم.

(١٠) قادرون على أن يكونوا مرنين عقلياً، وإحساسهم بذاتهم لا يعتمد على كوفهم على صواب.

الاتجاهات المتضمنة للأفراد الذين لديهم إحساس بالهوية المنجزة في مرحلة المراهقة

(١) أنا أعرف نفسي تماماً، وأعرف خصائصي الشخصية.

(٢) أنا لست كاملاً لكن ما زلت على ما يرام.

(٣) يمكن أن أتقبل عيوبك لأنني أستطيع تقبل عيوبي.

ب- الخصائص السلوكية للأفراد الذين لديهم إحساس بالهوية المضطربة (Confused Identity) في

مرحلة المراهقة

(١) يميلون لأن يكون لديهم مفهوم ذات غير ثابت يمتاز بالصعود والهبوط.

(٢) يميلون لوضع أهداف قصيرة الأمد، لكن لديهم مشكلة في وضع خطط طويلة المدى.

(٣) كثيرو التأثير بضغط الأصدقاء.

(٤) يميلون لأن يكون لديهم مستويات منخفضة من تقبل الذات.

(٥) ميالون لتجنب اتخاذ القرارات، خوفاً من أن تكون خطأ.

(٦) ميالون لأن يكون لديهم اتجاهات ساخرة حول أنفسهم والآخرين والحياة بشكل عام.

(٧) يميلون للاعتقاد بأن ما يحدث معهم لا سيطرة لهم عليه إنما هو قضية قدر (وجهة ضبط خارجية).

(٨) ميالون للبحث عن تقبل الذات بحيث يكونوا حسب ما يعتقدون أن الآخرين يريدونهم أن يكونوا عليه.

(٩) ميالون لأن يجدوا صعوبة في كوفهم قريبين عاطفياً وجسدياً من شخص آخر بدون أن يكونوا إما إتكاليين جداً

أو بعيدين جداً.

(١٠) غير ميالين لأن يكونوا مرنين في فكرهم، فإحساسهم بالذات يكمن كلية في كوفهم على صواب.

الاتجاهات المتضمنة للأفراد الذين لديهم إحساس بالهوية المضطربة في مرحلة المراهقة

(١) أنا لا أعرف نفسي، ولا أعرف ما هي مواصفاتي الشخصية.

(٢) كان يجب أن أكون أفضل مما أنا عليه.

(٣) أجد صعوبة في تقبل عيوبك بال ضبط بنفس الطريقة التي أجد فيها صعوبة في تقبل عيوبي.

هذا ولقد أضاف "هاماشيك" (١٩٩٠) بأن إدراك الخصائص الإيجابية والسلبية المرتبطة بمراحل النمو النفسي

الاجتماعي يمكن أن تفيد المرشدين النفسيين من خلال خمس أساليب:-

- (١) تساعد في تمييز مجموعات السلوك المرتبطة بقطبي الأنا (إيجابي/سلبي) في كل مرحلة.
- (٢) تساعد في تشكيل الأسئلة المناسبة في المراحل الأولية للاتصال العلاجي مما يسهل الجهود التشخيصية.
- (٣) تعدّ أسلوباً في التعرف السريع على المراحل النفسية الاجتماعية التي تعرّض فيها المسترشدون لصعوبات بالغة.
- (٤) تعدّ أسلوباً في عزل المعوقات العاطفية المرتبطة بمرحلة نمائية معينة أو أكثر.
- (٥) تساعد في التخطيط لاستراتيجيات علاجية مناسبة ولأشكال العلاقات الملائمة.

هذا ويقترح هاماشيك أنه لكي يكون المرشد في أقصى درجات المساعدة عليه أن يذهب إلى أبعد من خصائص الأنا (الهوية) التي يمر بها المسترشد في مرحلته العمرية (الحالية) بحيث تشمل رؤياه على إدراك لخبرات المسترشد في مراحل نفسية اجتماعية سابقة. (Hamachek, 1990)

القسم الثاني

التوافق الشخصي والاجتماعي

وبعض المتغيرات النفسية موضوع

الدراسة المرتبطة به

يشتمل هذا القسم على شرح لمفاهيم المتغيرات النفسية المتعلقة بالتوافق الشخصي والاجتماعي والتي تم قياسها في الدراسة الحالية باعتبارها المتغيرات التابعة، وسيكتفي بشرح لمفاهيم التوافق الشخصي والاجتماعي، والقلق الاجتماعي، والوحدة النفسية، وتقدير الذات، مع بيان علاقتهم بمهوية الأنا، أما مفهومها هوية الأنا وقوة الأنا فلقد تم توضيحهما في القسم الأول من هذا الفصل بخاصة باعتبارها المؤشر الأساسي في نمو الشخصية.

أ- التوافق الشخصي والاجتماعي:

إن تحقيق التوافق هو هدف كل إنسان، وهو غاية كل العاملين في حقل الصحة النفسية. ومفهوم التوافق يشير إلى "وجود علاقة منسجمة مع البيئة تتضمن القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد، وتلبية معظم المطالب البيولوجية والاجتماعية، والتي يكون الفرد مطالباً بتلبيتها، وعلى ذلك فالتوافق يشمل كل التباينات والتغيرات في السلوك والتي تكون ضرورية حتى يتم الإشباع في إطار العلاقة المنسجمة مع البيئة" (Wolman, 1973:9)، ويشير "التوافق الشخصي" (Personal Adjustment) إلى التوازن بين الوظائف المختلفة للشخصية، مما يترتب عليه أن تقوم الأجهزة النفسية بوظائفها دون صراعات شديدة. أما "التوافق الاجتماعي" (Social Adjustment) فيعني أن ينشئ الفرد علاقة منسجمة مع البيئة التي يعيش فيها.

ويعتبر تحقيق الانسجام الداخلي في الشخصية شرطاً لتحقيق الانسجام مع البيئة الخارجية. والتوافق مفهوم مركزي في علم النفس بصفة عامة، وفي الصحة النفسية بصفة خاصة. فمعظم سلوك الفرد هو محاولات من جانبه لتحقيق توافقه، إما على المستوى الشخصي أو على المستوى الاجتماعي. كذلك فإن مظاهر عدم السواء في معظمها ليست إلا تعبيراً عن سوء التوافق أو الفشل في تحقيقه. ويبدو من الضروري توضيح الفرق بين مفهوم التوافق ومفهوم التكيف (Adaptation)، فكما يذكر علاء الدين كفاي (١٩٩٠) فإن التكيف أحد المصطلحات التي يستخدمها علماء الفسيولوجي (علم وظائف الأعضاء) لتشير إلى التغيرات التي تحدث في أحد أعضاء الجسم كنتيجة لآثار معينة تعرض لها. كما يستخدمه علماء البيولوجي (علم الحياة) ليشيروا إلى التغيرات البنائية أو السلوكية التي تصدر عن الكائن الحي، وتجعله - أي السلوك - أكثر موائمة للشروط البيئية التي يعيش في ظلها الكائن.

(Wolman, 1973:8) (علاء الدين كفاي، ١٩٩٠: ٣٧)

أما بالنسبة لمفهوم التكيف في مجال علم النفس فهو يستخدم لوصف عملية الاستبعاد التي يقوم بها الكائن الحي للسلوك الفاشل الذي لا يحقق الهدف أثناء تعلم الاستجابة الصحيحة، وهذا المصطلح أصبح يستخدم الآن في علم النفس للإشارة

إلى أي "تغير في نمط سلوك الفرد، يصدر عنه في محاولته تحقيق التوافق مع الموقف الجديد". (معجم العلوم الاجتماعية اليونسكو، ١٩٧٨: ١٧٧)

وعلى هذا يرتبط مفهوم التكيف بالجوانب الحسية والجسمية عند الكائن الحي بصورة أكبر، بينما يرتبط مفهوم التوافق بالجوانب الاجتماعية، أي ما يخص الإنسان دون الحيوان، ولذلك فإن البعض يعتبر أن السلوك التكيفي يعني بالدرجة الأولى إشباع الحاجات البيولوجية وخفض التوتر الناتج عن إثارتها، دون النظر إلى النتائج التي قد ترتب على هذا الإشباع. بينما يكون السلوك التوافقي محمداً بالاعتبارات الاجتماعية كما هو محدد بالاعتبارات البيولوجية.

وعلى هذا يمكن الحديث عن نمطين من التكيف (Adaptation). النمط التوافقي وهو التكيف الذي يتم عن طريق إشباع الحاجات البيولوجية، بطريقة لا تجعله في صدام مع البيئة، الأمر الذي يجعله في معظم الحالات سلوكاً سويةً. والنمط غير التوافقي، وهو الذي يتم فيه الإشباع، ولكن ربما على حساب جوانب أخرى، وقد يكون هذا النمط الأخير من التكيف غير سوي.

ومن صور التوافق أن يسلك الفرد السلوك المناسب لمستوى عمره، ومن الطبيعي أن يختلف تقييم السلوك من هذه الزاوية. فما يعتبر سويةً وعادياً بالنسبة للطفل قد لا يعتبر كذلك بالنسبة للراشد. ولذلك فعملية التوافق (Adjustment) ليست عملية جامدة ثابتة، تحدث في موقف معين لفترة معينة، بل إنها عملية مستمرة دائمة. فعلى الفرد أن يواجه طوال حياته سلسلة لا تنتهي من المشاكل والحاجات والمواقف التي تحتاج إلى سلوك مناسب، ممثلاً في خفض التوتر وإعادة الاتزان، والاحتفاظ بالعلاقة المنسجمة مع البيئة. وهذا يعني أن الفرد مطالب بإعادة الاتزان والاحتفاظ بالعلاقة المنسجمة مع البيئة، كلما أطاح بهذا الاتزان، وهدد هذه العلاقة أي مثير داخلي أو خارجي، وهذا يترجم معنى أن عملية التوافق عملية ديناميكية وظيفية. (علاء الدين كفاي، ١٩٩٠: ٣٦-٣٨)

ب- القلق الاجتماعي Social Anxiety:

يصف "واتسون وفريند" Watson, Friend (١٩٦٩) القلق الاجتماعي بأنه خبرة العسر والانتزاع والخوف والقلق في المواقف الاجتماعية. إن مثل هذا القلق يمكن أن يترك آثاراً واضحة محددة ومعيقة للأداء اليومي للأفراد غير المضطربين. وهذه العرقلة لا تؤدي فقط إلى الانتزاع الذاتي، لكن تؤدي أيضاً إلى سلوكيات مصاحبة وصفها "وولي" Wolpe (١٩٧٣) بالسلوكيات التجنبية الاجتماعية الحادة. هذا ويعتبر القلق الاجتماعي حالة واسعة الانتشار يعاني منها وتؤثر على الكثير من الناس (Kanter & Goldfried, 1979). ولقد اعتبره وولي (١٩٧١) بأنه "أكثر الشكاوى ظهوراً لدى عدد كبير من الناس الذين يطلبون العلاج النفسي". وليس مدهشاً إذن لو عرفنا أن القلق الاجتماعي مشكلة عامة يعاني منها مرضى مراكز الصحة النفسية والعيادات النفسية. (Borkovec, Fleishman & Caputo, 1973; Borkovec, Stone, Obrain and Kaloupek, 1974, McGowan, 1980:2)

ويتضمن القلق نمطين من السلوك الأول: الامتناع عن السلوكيات الاجتماعية مثل عدم القدرة على توكيد الذات، والتجنب الاجتماعي، والثاني: نقد الذات بطرق يكون فيها الفرد ذاتياً، كما ينطوي على ملاحظات شخصية ترتكز على معاني الحرمان الاجتماعي وعدم الكفاءة الاجتماعية. (Alden & Phillips, 1990) ويشير "ميلفيل" Melville (١٩٧٧) إلى مظاهر متطرفة من القلق الاجتماعي منها: الخوف من المجموعات الكبيرة العدد وعدم القدرة على الحديث أمام المجموعة وعدم النظر في عيون الآخرين عند التحدث معهم والابتعاد عن

العلاقات القوية مع الآخرين عاطفياً وجسدياً وصعوبة التعبير عن الذات وعدم التصرف بجرأة وثقة والصعوبة في البدء بالمحادثات والاستمرار بها. ويعتبر ميلفيل أن هذه المخاوف لا عقلانية، وأن الفرق بين القلق الاجتماعي العادي والمرضي هو فرق في الدرجة التي تظهر بها هذه الأعراض.

ويتجه كل من "بيك ونيكولز" Beck, Nichols (١٩٨٥) لتحديد مظاهر معرفية للقلق الاجتماعي منها: الخيال السلبي والشعور بعدم الأهمية وتقدير الذات المتدني، بالإضافة لوجود أفكار متحجرة لا عقلانية حول السلوك المرغوب وعدم امتلاك القدرة على إبداء السلوك الاجتماعي المناسب، مع تفسير مبالغ فيه للتغذية الراجعة الحسية المتعلق بالانتباه لمظاهر الارتباك الاجتماعي. (Beck & Emery, 1985)

هذا ويؤكد "إليس" Ellis (١٩٧٧) صاحب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن القلق يعتمد على تقييمات سلبية للذات تقود إلى أداء غير فعال تتخلله مشيرات متعلقة بالقلق، ويرى إليس أن الخطر المرتبط بهذه المشيرات يشكل تهديداً لكيان الفرد ينتج عنه القلق، ويقيم هذا التهديد بصورة مطلقة على أنه أمر كبير ومرعب كان يجب أن لا يحدث أبداً بصورة مطلقة. وتوضح نظرية العلاج العقلاني الانفعالي مفهوم قلق عدم الراحة في حالات الاضطراب النفسي بأنه ضغط انفعالي زائد قد ينشأ عندما يشعر الأفراد أن حياقم وراحتهم مهددة وبأنهم يجب أن لا يشعروا بهذا التهديد بل أن يشعروا بالراحة، وأنه من المرعب جدا أن لا يحصلوا على ما يجب أن يحصلوا عليه. ويستند مفهوم القلق الاجتماعي في الدراسة الحالية إلى تعريف "باس" Buss وهو عبارة عن "عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، والهروب من المواقف الاجتماعية، ومن إبداء السلوكيات الاجتماعية". (محمد اللاذقاني، ١٩٩٥: ٣ - ٣٣)

علاقة القلق بأحوال الهوية Identity Statuses :

يعد أصحاب الهوية المعلقة Moratorium من أكثر أحوال الهوية قلقاً، في حين يعتبر أصحاب الهوية المبصرة Foreclosure - ولأسباب دفاعية - أقل الأحوال قلقاً (Mahler, 1969, Podd, Marcia & Rubin, 1970, Marcia, 1967). كما توصل "اوشمان ومانوسيفتز" Oshman & Manosevitz (١٩٧٤) إلى أن حالة ذوي الهوية المؤجلة والمبصرة لديهم نماذج صراع واضحة على قائمة مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه (MMPI) وذلك مقارنة بنماذج الهوية المنجزة Achieved والمتميمة Diffused. كما توصل "ستارك وتراكلر" Stark & Traxler (١٩٧٤) إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الهوية المنجزة والقلق العالي. (Adelson, 1980: 162)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات باحثين عدة حول أن القلق المتزايد مرتبط إيجابياً بالهوية المتميمة. (Ausubel, 1952, Block, 1961, Erikson, 1963, 1968, Dignan, 1964, Stark & Traxler, 1974)

ج- الوحدة النفسية Loneliness:

تعد الوحدة النفسية إحدى المشكلات النفسية التي تم تمييزها حديثاً كشكل واضح للعسر الانفعالي والتي لها تأثير سلبي على السواء النفسي. (Weiss, 1982: 24, Hsu et al., 1987: 61-62, هدى الراعي، ١٩٩٠: ٢)

ويرى "ويس" Weiss (١٩٧٣) أن للوحدة شكلين رئيسيين:-

(١) الوحدة المرتبطة بالعزلة الانفعالية، (٢) الوحدة المرتبطة بالعزلة الاجتماعية، وتأتي الوحدة الانفعالية نتيجة لغياب الروابط الانفعالية الحميمة في حين تأتي الوحدة الاجتماعية نتيجة لغياب الانخراط في شبكة العلاقات الاجتماعية المتكاملة.

ولقد عرفها "يونج" Young (١٩٨٢) بأنها "الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة، ويصاحبه أعراض من الكرب النفسي المرتبط بالغياب الفعلي أو المدرك. كما وصفها "بيرلمان، وبلان" & Perlman Peplau (١٩٨١) بأنها "خبرة غير سارة تحدث عندما تكون شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد ناقصة أو مختلة بصورة إما نوعية أو كمية". (Campise, 1988:10)

هذا ولقد أشارت الدراسات إلى أن الوحدة خبرة عامة نسبياً لدى المراهقين

(Ostrov & Offer, 1978)، مؤكدة على أن ما بين ٢٠-٥٠% من جميع المراهقين يخبرون بدرجة من الوحدة.

(Inderbitzen, Pisaruk et al., 1992)

ولقد أشار "برينان" Brennan (١٩٨٢) إلى أن المراهقة تبدو هي الوقت الذي تظهر فيه الوحدة لأول مرة كـ"ظاهرة مميزة وشديدة" و"يفسر هذا لكون المراهقين موجودين في "حالة انتقال اجتماعي Limbo" فهم لا يستمتعون سواء بحقوق ومزايا والدعم النفسي للطفل أو بمزايا الراشدين. ويقول برينان "إن هذه المكانة الهامشية للمراهق تولد إحساساً بالعزلة النفسية الحادة وبالضياع". وعلى نفس النسق صور ميدورا وودورد Medora & Woodward (١٩٨٦) المراهقة بأنها "مرحلة انتقالية توصف بالعزلة، الوحدة والكرب".

كما اعتبر سوليفان Sullivan (١٩٥٣) أن الوحدة "تخبر بشدة في مرحلة المراهقة نتيجة للحاجات بين الشخصية للألفة والمودة. أما "ميجوسكوفيتش" Mijuskovic (١٩٨٦) فيرى أن هناك مجموعة معقدة من التغيرات النمائية التي تزيد بشكل كبير إحساس المراهق بالعزلة لأسباب عديدة من أهمها:-

(١) الإحساس بالانفصال والعزلة عن الوالدين مع تمزق أشكال التعلق Attachment الأولية في العلاقات بين الشخصية المهمة في حياة المراهق.

(٢) يضيف النمو المعرفي عناصر جوهرية جديدة إلى مفهوم المراهق عن عالمه وبالتالي يحاول المراهق التفكير بشأن الاحتمالات والخيارات العديدة أكثر من تفكيره "بالوقائع المباشرة" الخاصة بالطفل.

(٣) يتصف النمو خلال المراهقة بإحساس متزايد بالحرية وبالطبع فإن هذا الاستقلال الذاتي قد يكون مخيفاً.

(٤) تكون مشاكل تكوين هوية الذات Self-Identity حادة جداً في هذه المرحلة. ويقترح

ميجوسكوفيتش أيضاً أن الشفقة على الذات Self-Pity، وتدني تقدير الذات Low Self-Esteem، وعدم وجود هدف أو الشعور بالضياع Apathy، تؤدي جميعاً إلى تزايد فرص الشعور بالوحدة الاجتماعية.

وأيضاً وفي مجال التعرف على العوامل المساهمة في الوحدة عند المراهقين، اقترح "بيرلمان وبيلاو" **Perlman & Peplau (1984)** أن سبب معاناة العديد من المراهقين من الوحدة قد تعود لكونهم أقل اقتناعاً بعلاقاتهم من الكبار، وأنه بينما تتاح للمراهقين فرص اجتماعية كثيرة فأنهم قد يحملون توقعات عالية وغير واقعية بشأن العلاقات الاجتماعية. كما أن المراهقين يعيشون خبرة التغييرات الفسيولوجية بينما هم في نفس الوقت يكافحون من أجل الوصول إلى معنى لحياتهم، وإذا لم يوجد هدف مقنع أو مشجع فإن المراهق يقع فريسة حالة من الملل واللاه هدف. كما أن العلاقات مع الآباء والأقران تشكل مضايمين اجتماعية مختلفة والتي من خلالها يمكن للوحدة أن تظهر.

هذا ويعتقد "ويس" **Weiss (1973, 1980)** أن المهمة النمائية المركزية للمراهقين هي التخلي عن التعلقات الوالدية وتشكيل تعلقات جديدة بصديق من نفس أو عكس الجنس، وبجماعة الأقران، وإن اعتراض هذه العملية في حياة المراهق يمكن أن يؤدي إلى نمو مشاعر الوحدة الاجتماعية والعزلة. (**Van-Buskirk, 1991:21-24**)

ويرى "روك" **Rook (1988)** منطلقاً من نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك الانعزالي ينشأ نتيجة افتقار الفرد إلى المهارات الاجتماعية وأن الفرد يلجأ لاستخدام السلوك الانعزالي لأنه فشل في تعلم طرق أكثر ملاءمة للتعامل مع الناس. كما أن التفسيرات التشاؤمية والانهزامية وطريقة التفكير غير المنطقية حول الذات والناس والآخرين والأحداث، تسهم في عزلة الفرد وانسحابه من العلاقات الاجتماعية. (اناس المصري، 1994: 6)

هذا وتوصلت بعض الدراسات التجريبية إلى أن مستوى الوحدة ينقص من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية لكن ليس بسبب اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية، لكن لكون خبرة التعلم تغير بعضاً من جمل الأفراد الوحيدين الذاتية السلبية وتزيد من توقعاتهم لنواتج بين شخصية إيجابية. (**Campise, 1988:2**)

هذا ولقد اعتبرت المهارات الاجتماعية مكوناً مهماً في خبرة الوحدة (**Campise, Ellison, 1979, Hall Smith, 1978, Hecht & Kurdek, 1985; Jones, 1982; Stokes, 1985, Vitkus et al., 1987, Campise, 1988:13**)

وقد أشارت دراسة "آدامز وآخرون"، **Adams et al. (1988)** التي أجريت عن الوحدة في مرحلة المراهقة المتأخرة، إلى ارتباطها بقصور المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية، وبعدم البراعة واللباقة الاجتماعيتين، وأشارت الدراسات التجريبية والملاحظات السلوكية التي أجراها "جونز وهوبز وهوكنبري" **Jones, Hobbs & Hockenbury (1982)**، إلى أن المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة يظهرون نقصاً واضحاً في المهارات الاجتماعية وأنماط اتصالات تفاعلية هادمة للذات، وتوصل كل من "أندربايتزن وبايساروك وآخرون"، **Inderbitzen, Pisaruk et al. (1992)** في دراستهم التجريبية على عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية إلى أن الوحدة ترتبط بشكل دال بالخلل في المهارات الاجتماعية، وبالقلق الاجتماعي العالي، وبقدير الذات المنخفض، وإن هذا الأخير بالإضافة لمشاعر الوحدة لدى المراهقات الإناث بشكل خاص يمكن تجنب تطورها إذا أصبحن قادرات على إقامة علاقات بين شخصية صحيحة وقوية.

هذا ويظهر الأفراد الذين يعانون من الوحدة ارتياداً أقل للمخاطر الاجتماعية (**Stokes, 1985**)، وعدم رغبة في الانفتاح أمام الآخرين (**Chelune, Sultan & Williams, 1980**)، وميلاً لتقديم انفتاح ذاتي أقل دفناً وغير متبادل (**Solano & Batten, 1979**)، وعدم قدرة على تعريف أنفسهم للآخرين، مما يعرقل النمو الطبيعي للعلاقات الاجتماعية (**Solano, Batten, Parrish, 1982**)، كما أنهم يولدون حلولاً أقل وأدنى فعالية للمشكلات بين الشخصية الافتراضية (**Horowitz et al., 1982**)، ويكونون أقل

رغبة في المشاركة برأيهم (Hasson & Jones, 1981) (Campise, 1988:13-14)، كما وجد أنهم يفتقرون إلى مهارات حديث جيدة، والتي تمكنهم من إقامة صداقات جديدة (France, McDowell & Knowles, 1984)، وتوصل الباحثون إلى أن المشكلات المتعلقة بالاجتماعية المكبوتة مثل: إقامة صداقات وتقديم الواحد لنفسه للآخرين والاشتراك في مجموعات، كانت جميعها مرتبطة بالشعور بالوحدة. (Campise, 1988:18-19) (Horowitz et al., 1979)

وتوصل "لرمان وجوسويك" Freeman & Goswick (١٩٨١) إلى أن الوحدة ترتبط مع القلق الاجتماعي والوعي بالذات، وتقدير الذات المتدني، كما توصلت "كرونا" Cutrona (١٩٨٢) إلى نفس النتيجة فيما يتعلق بأن الوحيدين لديهم تقدير ذات متدن بصورة دالة، وأنهم أقل توكيدية، وأكثر انطوائية وذلك في دراستها التجريبية للعلاقة بين التوافق الاجتماعي ومشكلة الوحدة لدى المراهقين من الطلبة الجامعيين المستجدين. (Van Buskirk, 1991: 10-11)

ويرى جابر عبد الحميد ومحمود عمر (١٩٨٩) أن الإحساس بالوحدة النفسية يرتبط ارتباطاً موجبا بالحساسية الاجتماعية وتدني تقدير الذات والقلق والاكتئاب وانخفاض مستويات الرضا والسعادة، ويشير الباحثان إلى دراسة جونز (١٩٨٢) التي استطاع أن يحدد فيها بعض التأثيرات الأكثر انتشاراً للشعور بالوحدة النفسية مثل نزعة الفرد للشك في دوافع الناس وشعوره بالتشاؤم والاعتقاد بأن الأحداث الخارجية تتحكم فيه. (جابر عبد الحميد ومحمود عمر، ١٩٨٩: ٧٩)

ويتضمن تعريف الوحدة النفسية في الدراسة الحالية مفهوم راسل، وبيلاو وكرونوا (The revised UCLA Loneliness Scale) Russell, Peplau & Cutrona (١٩٨٠) حسب مقياس الوحدة المعدل (University of California, Los Angeles) وهو عبارة عن المظاهر والخبرات السلوكية المتضمنة للوحدة المدركة والعزلة الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية المضطربة. (Russell, 1982) (Van-Buskirk, 1991: 31)

علاقة الوحدة النفسية بتشكيل الهوية

يُعتبر تشكيل الهوية عملية بين شخصية بالإضافة لكونها بين نفسية، فهي لا تحدث فقط للأفراد لكن بين الأفراد والمجموعة. ويقول "أريكسون" (١٩٦٨) "تعبير الهوية عن علاقة متبادلة مشتركة تضم التشابه الفردي مع الذات، والاشتراك في بعض الخصائص الآخرين الأساسية" (Erikson, 1968:139). وتمتاز المراهقة أيضاً بالمهمة النفسية الاجتماعية لتشكيل علاقات رفاق ذات معنى وإيجابية، ويساعد تاريخ الفرد في خبرة جماعة الرفاق خلال مرحلة الطفولة على دعم القدرة كمراهق في اتخاذ القرار المتعلق بهوية الجماعة. ولا يتم تشكيل الهوية بدون التعرض لمثل هذه الخبرات (قرار تشكيل العلاقات)، وتظهر أكثر المشاكل المرتبطة بالأمراض النفسية عندما يحرم الفرد من الاتصال الإنساني وتصبح العزلة والوحدة مصير الأطفال الذين لم يخبروا بالعلاقات الإنسانية. (Bettelheim, 1954, Rachman, 1983, Azima & Richmond, 1991:24)

د- تقدير الذات Self-Esteem:

تعتبر مصطلحات الذات Self، ومفهوم الذات Self-concept، وتقدير الذات Self-Esteem مصطلحات متداخلة ومتراصة. حيث أن الذات لها معنيين واضحين، الذات كفاعل doer والذات كموضوع

object، ولقد قدمها لأول مرة العالم النفسي "ويليام جيمس" **William James** (١٨٩٠) في أحد فصول كتابه "الوعي بالذات" وهذا التطور هو الذي أنجب التصنيف المزدوج الذي أصبح مألوفاً الآن (**I-Me**)، حيث الذات الكلية (أو الشخص) تصبح متميزة في بعدين متفارقين:-

(١) الذات كفاعل (مثلاً الذات التي تتضمن وظائف الإدراك والأداء والتفكير، والتذكر من خلال ما يدعى العارف (**Knower**)، أي أنا (**I**)).

(٢) الذات كموضوع (مثلاً الذات التي لديها صفات جسدية، واجتماعية، وعاطفية، وعقلية تصبح ما يعرف به الشخص (**Known**) أي لي (**me**). ويستطيع الفرد منا أن يقف خارج الذات وأن ينظر إليها كموضوع، وكشيء ما، وأن يصفها، ويقيّمها، ويستجيب لها. لكن الشيء الذي يدركه الفرد، ويقيّمه، ويستجيب له هو ذات الفرد الخاصة به وهنا فإن أنا الفاعل (**I**) تعرف على أنا الموضوع (**me**).

وهذه المقدرة هي التي تمكن الفرد من تطوير تجمع خاص من الأفكار والاتجاهات التي يتألف منها هذا البعد من الشخصية والذي يعرف بمفهوم الذات. وفي حين يكون مفهوم الذات مؤشراً لما يعتقد الناس عن أنفسهم (العنصر المعرفي للذات)، فإن تقدير الذات هو المقياس لكيف يشعر الناس نحو أنفسهم (العنصر العاطفي للذات). وتقدير الذات هو انعكاس لكيفية تقييم الفرد لذاته. ويشير "كوبرسميث" **Coopersmith** (١٩٦٧) إليه بأنه "اتجاه القبول أو الرفض للذات، الذي يشير إلى المدى الذي يعتقد الفرد أن ذاته قادرة ومفيدة وناجحة، وذات قيمة"، ويُعرفه "روزنبرغ" **Rosenberg** (١٩٦٥) بأنه "الاتجاه الإيجابي أو السلبي نحو الذات".

إن تقدير الذات عبارة عن مصفاة عاطفية يرى الناس من خلالها أنفسهم وبشكل حتمي يرون الآخرين. ولربما نجح "سوليفان" **Sullivan** (١٩٤٧) في التعبير عما سبق بقوله "أنه ليس مثلما تحكم على نفسك سيتم الحكم عليك، لكن كما تحكم على نفسك فإنك سوف تحكم على الآخرين"، ويشير "هاماشيك" **Hamachek** (١٩٨٥) إلى أن مفهوم الذات وتقدير الذات يتم تعزيزهما بالتبادل ويتفاعلا سويًا بقوة. (**Hamachek, 1985:136-137**) هذا ويؤكد معظم واضعي نظريات مفهوم الذات على أنه تقدير الذات ينبع أساساً من تقدير الآخرين، وأن إدراك الفرد لذاته ينمو فقط في حدود إدراكه لاستجابات الآخرين تجاه سلوكه، ويتبع ذلك أن يرى الفرد نفسه في مرآة استجابات الآخرين لسلوكه. (المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد النفسي، ١٩٩٤: ٥٨٥)

ويرى "بين وليبكا" **Beane & Lipka** (١٩٨٤) أن أحكام تقدير الذات تعتمد على القيم أو المؤشرات القيمة مثل الاتجاهات والاعتقادات والميول. وبشكل عام فإننا ننظر إلى مفهوم الذات وتقدير الذات على أنهما بعدان متميزان في مجال أوسع من ادراكات الذات. فمفهوم الذات يعتبر وصفاً **Descriptive** في حين يعتبر تقدير الذات تقيماً **Evaluative**. لذا تعتبر أحكام تقدير الذات شخصية وتقوم على القيم والمؤشرات القيمة. ويقترح "بيرنز" **Burns** (١٩٧٩) أن مفهوم الذات الإيجابي يُرادف التقييم الذاتي الإيجابي والاحترام الذاتي والتقدير الذاتي والقبول الذاتي. أما مفهوم الذات السلبي فيرادف التقييم الذاتي السلبي والعجز النفسي والعجز أو الضعف في مشاعر التقدير والقبول الذاتي. فالأشخاص ذوو التقدير الذاتي المرتفع يقبلون أنفسهم بشكل عام. أما الأشخاص الذين يمتلكون قيماً ذاتية سلبية عن أنفسهم فأنهم يمتلكون تقديراً ذاتياً متدنياً وكذلك احتراماً وقبولاً ذاتياً متدنياً. (بكتار سليمان، ١٩٩٤: ١١)

ويعتبر تقدير الذات المتدني مشكلة نموذجية واسعة الانتشار لدى العديد من المسترشدين الباحثين عن مساعدة إرشادية متخصصة. (Murray & Jacobson, 1978)، كما أن تقدير الذات المتدني يتضمن بشكل مساهم أو مرضي مشاكل كالعصايبية (Angyal, 1951) والقلق (Rosenbery, 1962)، والدفاعات (Wylie, 1957)، والاكتئاب (Wilson & Krane, 1980)، ومشاكل المراهقين بين الشخصية (Kable, Kulka & Klingel, 1980). (Daly & Burton, 1983:361) ولقد توصلت الأبحاث لوجود علاقة سلبية ذات دلالة بين تدني تقدير الذات ومتغيرات الوحدة النفسية والقلق الاجتماعي وقصور المهارات الاجتماعية. (Inderbitzen et al., 1992:152) ولقد افترضت المعلومات النظرية (Ellis, 1972) والتجريبية غير المباشرة (Tosi & Eshbaugh, 1976) وجود علاقة بين مستويات تقدير الذات والمعتقدات اللاعقلانية، حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن أقوى العلاقات والتنبؤات بتقدير الذات المتدني هي اللاعقلانية العامة، كما تقاس بمقياس "جونز" Jones (1968) والتي تتضمن الأفكار المتطرفة التالية "الحاجة للقبول والموافقة من الآخرين والحاجة إلى النجاح في جميع المحاولات من أجل إحساس الفرد بأنه ذو قيمة كإنسان والقلق القهري بشأن الكوارث الممكن حدوثها في المستقبل، والفكرة في أنه من الأفضل تجنب المشكلة بدلا من مواجهتها".

وهذا يتفق مع وصف "روزنبرغ" Resenberg (1979) "واليس" Ellis (1972) للفرد ذي التقدير المتدني للذات، كما يتفق مع النتائج التي توصل إليها "دالي وبيرتون" Daly & Burton (1983) بوجود علاقة تجريبية مباشرة بين تقدير الذات ونظرية أليس العقلانية الانفعالية للمعتقدات اللاعقلانية. (Daly, Burton, 1983:361-362)

ومفهوم تقدير الذات في الدراسة الحالية يتضمن ثلاثة جوانب:-

- الجانب العقلي: تقدير الفرد لقدراته العامة.
- الجانب الاجتماعي: تقديره لعلاقته بالآخرين ومدى تقدير الآخرين له.
- الجانب الانفعالي: ميله نحو ذاته وثقته بنفسه ومدى إحساسه بالأهمية الذاتية. (بكار سليمان، 1994: 40-41)

تقدير الذات وعلاقته بأحوال الهوية

وجد "كابين" Cabin (1966) أن الذكور من طلبة الجامعة ذوي الهوية العالية قد قيموا أنفسهم بإيجابية في موقف اجتماعي غامض أكثر مما فعل الذكور ذوي الهويات المنخفضة. وسجل الذكور ذوو الهوية العالية تطابقاً مع الذات المثالية أكثر مما فعل ذوو الهوية المنخفضة (Rosenfeld, 1972). كما أن ذوي الهوية المنخفضة أظهروا تبايناً أكثر بين مفهوم الذات لديهم، ومفهومهم لكيف يدرّكهم الآخرون أكثر مما أظهر ذوو الهوية المنخفضة (Bunt, 1968)، وحصل ذوو الهوية المنخفضة والمؤجلة على درجات تقدير ذات أعلى من ذوي الهوية المتسرة والمتمعية (Breuer, 1973). كما وجد "مارشا" Marcia (1967) أن ذوي الهوية المتسرة والمتمعية كانوا أكثر ميلاً لتغيير تقييماتهم لأنفسهم في استجاباتهم للتغذية الراجعة الخارجية (سلباً وإيجاباً) مما فعل ذوو الهوية المنخفضة والمعلقة، وعلاوة على ذلك أظهر ذوو الهوية المتسرة قابلية عالية للتغيير في تقدير الذات عندما كانت المطالب الموقفية واضحة وتتضمن بأنهم "يجب أن يعملوا كذا". وهذا يتفق مع تعريف "جروين" Gruen (1960) لإنجاز الهوية المتدنية بأنه عبارة عن "رغبة الفرد في قبول وصف لشخصيته مقدم من شخص غريب". (Adelson, 1980:163)

القسم الثالث

الإرشاد والعلاج النفسي

سيتم في هذا القسم عرض لمفهوم الإرشاد والعلاج النفسي وعملياته، بالإضافة للافتراضات النظرية الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين (باعتباره الأسلوب الإرشادي الذي تم استخدامه في الدراسة الحالية)، مع بيان أهميته ودوره بالنسبة للمراهقين وبشكل خاص ما يتعلق باحتياجات المراهقين النفسية والاجتماعية النمائية.

أ- مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي:

وسيتم توضيح هذا المفهوم من خلال عرض لمفهوم الإرشاد النفسي، ومن ثم مفهوم الإرشاد النفسي مقابل العلاج النفسي.

١- مفهوم الإرشاد النفسي:

'يعتبر الإرشاد النفسي أحد قنوات الخدمة النفسية، التي تقدم للأفراد أو الجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم. والإرشاد النفسي خدمة توجه إلى الأفراد والجماعات الذين ما زالوا قائمين في المجال السوي ولم يتحولوا بعد إلى المجال غير السوي، ولكنهم - مع ذلك - يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة، أو تتصف بدرجة من التعقيد والشدة بحيث يعجزون عن مواجهة هذه المشكلات بدون عون أو مساعدة من الخارج.

والإرشاد النفسي يتركز على الفرد ذاته أو على الجماعة ذاتها بهدف إحداث التغيير في النظرة وفي التفكير وفي المشاعر والاتجاهات نحو المشكلة ونحو الموضوعات الأخرى التي ترتبط بها، ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة. ومن هنا فإن هدف العملية الإرشادية لا يقف عند حد مساعدة الفرد أو الجماعة في التغلب على المشكلة، لكنه يمتد إلى توفير الاستبصار للفرد - وللجماعة في حال الإرشاد الجماعي - الذي يمكنه من زيادة تحكمه في انفعالاته وزيادة معرفته بذاته وبالبيئة المحيطة به، وبالتالي زيادة قدرته على السلوك البناء الإيجابي. ومما لا شك فيه أن القدرة على إتيان السلوك البناء والإيجابي يمكن الفرد من المواجهة الكفؤة للمشكلات في المستقبل، بل وفي اختيار السلوك الأنسب الذي يحقق له التوافق، وفي تبني وجهات النظر التي تيسر له الشعور بالكفاية والرضا، ومن ثم الصحة النفسية.

ولأن العملية الإرشادية تقوم على زيادة استبصار الفرد فإنها تؤكد بذلك على عملية التعلم من حيث اهتمامها بتعديل أفكار الأفراد ومشاعرهم وسلوكهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين، ونحو العالم الذي يعيشون فيه. ومن هنا يمكن القول أن الفرد - أو الجماعة - الذي يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة فإنه يمر بخبرة نمو وارتقاء نفسي في نفس الوقت. (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ١١)

هذا ولقد عرفت رابطة علم النفس الأمريكية علم النفس الإرشادي عام ١٩٨١ كما يلي "تشير خدمات الإرشاد النفسي السيكولوجية إلى الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي الذين يستخدمون مبادئ ومناهج وإجراءات لتيسير السلوك الفعال للإنسان خلال عمليات نموه على امتداد حياته كلها. ولي أدايتهم لهذه الخدمات، يقوم أخصائيو علم النفس الإرشادي بممارسة أعمالهم مع تأكيد واضح على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق في إطار منظور

النمو. وتهدف هذه الخدمات إلى مساعدة الأفراد على اكتساب أو تغيير المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين التوافق لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من القدرات لحل المشكلات واتخاذ القرارات. ويستخدم الأفراد والزوجان والأسر في كل مراحل العمل، خدمات الإرشاد النفسي بهدف التعامل بفاعلية مع المشكلات المرتبطة بالتعليم والاختيار المهني، والعمل، والجنس، والزواج، والأسرة، والعلاقات الاجتماعية الأخرى، والصحة، وكبار السن، والإعاقة سواء كانت اجتماعية أو جسدية". (أحمد الزعبي، ١٩٩٤ : ١٨-١٩)

٢- مفهوم الإرشاد النفسي مقابل العلاج النفسي

يرى العديد من المرشدين والمعالجين النفسيين أنفسهم أن التمييز بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي هو تمييز مصطنع، وهم يستخدمون المصطلحين بدون تمييز عملي.

فقد استتج "بري الابن" Perry, Jr (١٩٧٦) من تحليله لأفكار "كارل روجرز" Carl Rogers أن عدد المرات التي ذكر فيها مصطلح الإرشاد النفسي Counseling في كتابه الشهير (العلاج المتمركز حول العميل) (Client-Centered Therapy, 1951) بلغت متي مرة، بينما ذكر في مقابلها مصطلح العلاج Therapy خمس مرات فقط. وقد ذكر مصطلح الإرشاد النفسي مرة واحدة في فهرس كتاب "روجرز ودايموند" (Rogers & Dymond) (العلاج النفسي وتغير الشخصية & Psychotherapy Personality Change, 1954). وهذا التحليل الذي سجله بري الابن لأفكار روجرز في ممارسته المهنية وكتابه ومؤلفاته العلمية يدل على أن الإرشاد النفسي يرتبط بالعلاج النفسي ارتباطاً وثيقاً ولا انفصام بينهما في النظرية ولا في التطبيق.

من جهة أخرى فسر "كورسيني" Corsini (١٩٧٩) الارتباط القوي بين الإرشاد والعلاج النفسي في أعمال روجرز، حيث ذكر أنه عندما نشر روجرز كتابه الإرشاد والعلاج النفسي Counseling & Psychotherapy عام (١٩٤٢) أتاح فرصة جديدة للعمل بطريقة موحدة لكل من المرشدين النفسيين والمعالجين النفسيين، وأكد على استخدام مصطلح الإرشاد النفسي بدلا من مصطلح العلاج النفسي لأن وقعه خفيف على آذان العملاء (Clients)، كما أن مصطلح العلاج خلق حرباً شعواء عندما استخدم بواسطة المعالجين النفسيين، بينهم وبين الأطباء النفسيين (Psychiatrists) الذين يعتبرون أن مهنة العلاج من شأنهم وحدهم. وحتى يزيل روجرز الإحساس بالمرض الذي قد يتأكد في أذهان كل المرشدين والمسترشدين فإنه غير تسمية اتجاهه الإنساني من العلاج المتمركز حول العميل (Client-Centered Therapy) إلى مسمى العلاج المتمركز حول الشخص (Person / Centered Therapy, 1974) تأكيداً على قيمة الفرد كشخص وليس كمريض. وهذا ما يؤكد الارتباط الوثيق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي الذي لا يمكن أن يفرق بينهما أي تطرف صادر عن شخص ما. (ماهر عمر، ١٩٩٢، أحمد الزعبي، ١٩٩٥ : ٢٠)

ويؤكد "كورسيني وويدنج" Corsini & Wedding (١٩٩٥) أن المحاولات المختلفة التي أجريت لفصل العلاج النفسي عن طرق الإرشاد قد فشلت.

وهكذا يبدو أن مصطلح الإرشاد Counseling والعلاج النفسي Psychotherapy لدى العديد من الناس، مصطلحا تبادليا.

وكما نرى في الجدول رقم (٣/٢) فإن العمليات الفعلية التي تحدث في الإرشاد والعلاج النفسي هي متطابقة ومتماثلة، لكنها تختلف تبعا للوقت المبذول، وبالتالي فإن الكمية تؤثر على النوعية.

جدول رقم (٣/٢)

تقدير للنسبة المتوية للوقت الذي يمضيه

المرشدون والمعالجون النفسيون في الأنشطة المهنية المحترفة

الرقم	العملية	الإرشاد	العلاج النفسي
١-	الاستماع	٢٠%	٦٠%
٢-	توجيه الأسئلة	١٥%	١٠%
٣-	التقييم	٥%	٥%
٤-	التفسير	١%	٣%
٥-	الدعم	٥%	١٠%
٦-	الشرح	١٥%	٥%
٧-	إعطاء معلومات	٢٠%	٣%
٨-	توجيه نصائح	١٠%	٣%
٩-	إعطاء أوامر	٩%	١%

(Corsini & Wedding, 1995: 2)

و يُلاحظ من مراجعة الجدول أعلاه، أن المرشد النفسي يقوم بدور شبيه بالمعلم، فيه إيجابية وتفاعل وتجارب وتفهم أكثر من المعالج النفسي، فهو يوجه الأسئلة، ويقدم الشرح والمعلومات، والنصائح، والأوامر، وكل ذلك بنسب تفوق ما يقوم به المعالج النفسي الذي يمضي ٦٠% من وقته في الاستماع، و ١٠% في الدعم وتوجيه الأسئلة.

ب- عمليات الإرشاد والعلاج النفسي:

قدّم علاء الدين كفاي (١٩٩٩) بلورة حديثة للعمليات الإرشادية والعلاجية التي يتولاها المرشدون والمعالجون النفسيون، والتي من خلالها يحدث التغيير المرغوب لدى المسترشدين. ولقد قام بتحديددها في ثلاث عمليات أساسية وهي: - (١) الإرشاد والعلاج النفسي كعملية تأثير بينشخصي، (٢) الإرشاد والعلاج النفسي كعملية علاقة مساعدة، (٣) الإرشاد والعلاج النفسي كعملية اتخاذ قرار. وفيما يلي شرح لهذه العمليات:-

١- الإرشاد والعلاج النفسي كعملية تأثير بينشخصي:-

(١/١) التأثير بينشخصي بين المرشد والمسترشد:

يعد الإرشاد أو العلاج النفسي في أحد جوانبهما عبارة عن تأثير يمارسه المرشد أو المعالج على مسترشده أو مريضه، وذلك من خلال الاستجابات الإرشادية التي يقدمها المرشد والمستمدة من النظريات المختلفة، والفنيات المستندة على النظريات وعلى خبرة المعالج. وتوجه هذه الاستجابات عملية الإرشاد أو العلاج وجهة معينة، وتحكم التفاعلات بين المرشد والمسترشد، وعلينا أن نذكر دوماً أنه من المستحيل لنا أن نصبح مرشدين أو معالجين ناجحين بدون أن نؤثر في مسترشدينا وان هذا يستدعي أن يحدّد المرشد أسلوب وشكل ونوع الإرشاد

الخاص المناسب للمسترشد، وأن يكون المرشد واعياً بتصرفاته الشخصية أثناء عملية الإرشاد، لأن ما يفعله يؤثر في سلوك المسترشد بل يمكن أن يكون المرشد قوة عظيمة التوجيه في حياة المسترشد.

(٢/١) حاجة المرشد إلى نظرية عامة:

ولكي يمارس المرشد النفسي تأثيره على مسترشديه ينبغي أن يكون له فلسفة أو نظرة للعالم يرى الأشياء من خلالها، ويستطيع أن يقوم الموضوعات بناء عليها، وأن يضع أولوياته بناء على قناعاته المستمدة من نظريته للعالم. وهذه النظرة هي التي ستحدد للمرشد النظرية التي سيتبناها، وهي التي ستحدد المفاهيم التفسيرية والفنيات التي يستخدمها في عمله.

(٣/١) نظرية واحدة متكاملة أم نظرية انتقائية؟

للمرشد كامل الحرية في اختيار الموقف الذي يقتنع به. فإذا كان مؤمناً بنظرية معينة من النظريات الكبرى الشاملة، ويرى أنها تقدم له الفهم الكامل لما يقابله من حالات، فله أن يلتزم بمنطلقات هذه النظرية في الفهم وفي الإرشاد، كما أن له الحرية أن يكون انتقائياً مفتوحاً على كل النظريات بشرط أن لا يدخل في جمعته وبالتالي في ممارساته أشياء متناقضة.

(٤/١) قدرات تساعد المرشد على ممارسة التأثير:

يحدد كل من "إيفي وسيميك داوننج" Ivey & Simek-Downing (١٩٨٠)، ثلاث قدرات تساعد المرشد أو المعالج على ممارسة عمله بكفاءة أكبر وتنتج لدى المسترشدين من خلال التأثير الفعال للمرشد على مسترشديه وهي:-

- القدرة على توليد أكبر عدد ممكن من الجمل اللفظية وغير اللفظية للتواصل مع الذات ومع الآخرين داخل ثقافة معينة.

- القدرة على توليد أكبر عدد ممكن من الجمل للتواصل مع الجماعات المتباينة داخل الثقافة الواحدة.

- القدرة على صياغة الخطط والعمل وفقاً للإمكانيات العديدة الموجودة في الثقافة. (Ivey & Simek-Downing, 1988: 8-11)

- وتعتبر هذه القدرات مهمة في تحقيق التواصل بين المرشد والمسترشد، وهي لا تقل أهمية في نجاح الإرشاد من إتقان الفنيات وتعديل السلوك.

٢- الإرشاد والعلاج النفسي كعلاقة مساعدة:-

(١/٢) العلاقة المساعدة الرسمية:

تعتبر العلاقة المساعدة Helping Relationship التي ينشئها المرشدون النفسيون مع مسترشديهم ذات طابع رسمي، فهي مساعدة رسمية، لأنهم يقومون بهذا العمل بالصفة المهنية، والمساعدة المهنية هذه تضع على كاهل المساعد (مرشد أو معالج) مسؤولية جسيمة. فهو يجب أن يناضل لكي يكون موضوعياً ومساعداً بطريقة أكثر غرضية وأكثر مباشرة، والمرشد الذي يؤدي وظائفه على نحو جيد وكفء، يظهر ذلك في علاقاته المساعدة التفاعلية، أي أن العلاقة التفاعلية الناجحة هي التي تكشف عن مدى نجاح المرشد في عمله.

حدد "كارل روجرز" (Rogers, C) العلاقة الإرشادية المساعدة باعتبارها "العلاقة التي يكون فيها على الأقل

أحد الجانبين لديه النية أو القصد لترقية النمو، وتحقيق النضج، وإدارة الوظائف بشكل حسن، والمواجهة الكفؤة

مع الحياة بالنسبة للجانب الآخر" (Rogers, 1961:39)

ولقد حاول "برامر" Brammer وضع أهداف العلاقة بين المرشد والمسترشد سواء كانت في مجال تربوي أو

مهني أو شخصي في أربعة محاور أساسية وهي:-

- التغييرات في أساليب السلوك وأسلوب الحياة.

- الوعي المتزايد أو الاستيعاب والتفهم.

- التخفيف من المعاناة.

- التغييرات في الأفكار وإدراكات الذات (Brammer, 1988).

وتحدث معظم عمليات المساعدة على الأساس الثنائي، أي فرد لفرد. ولقد أوضحت الدراسات ان اتجاهات

المرشد ومشاعره ربما كانت أكثر أهمية من التوجه النظري والمهني. كما أن الطريقة التي يدرك بها المرشد

اتجاهات المرشد وإجراءاته هي العامل المؤثر بالنسبة للمسترشد، وهو العامل الحاسم في العلاقة. كما أن الهدف

الأقصى لعلاقة المساعدة المهنية ينبغي أن يكون ترقية نمو المرشد وجعله يسلك سلوكا أكثر صحة ومناسبة

للمواقف، وعلى أية حال فإن الأهداف النوعية لأي مرشد معين لا تتحقق إلا بالتعاون بينه وبين المرشد عندما

يتفاعلان في إطار العلاقة المساعدة الجيدة.

(٣/٢) الخصائص التي تميز المرشد كمساعد فعال:

يتصف المرشدون الفعالون بخصائص شخصية معينة، ويفترض أنهم قادرون على نقل بعض هذه الخصائص إلى

الناس الذين يساعدهم، فالمرشدون الفعالون مهتمون وملتزمون بتحصيل المعرفة المتخصصة في الحقل ويعتقدون

أنها ذات مغزى على المستوى الشخصي. كما أنهم يركزون على الجوانب الإيجابية في شخصياتهم، ولديهم ثقة

في أنفسهم وفي قدراتهم وهم يحبون الناس ولديهم مشاعر إيجابية نحوهم، وهم ملتزمون بالعمل على تحرير

مسترشديهم بدلا من التحكم فيهم (Combs, 1986)، ويحدد كارل روجرز (١٩٥٨) أربعة شروط

جوهرية يعتقد أنها ينبغي أن تتوافر في المرشد الفعال وهي:-

- احترام إيجابي غير مشروط للفرد Unconditional positive regard

- الأصالة Genuineness

- التناسب Congruence

- التفهم Empathy (Rogers, 1958:9-14)

ولقد أضاف بعض العلماء إلى هذه القائمة سمتين أخريين إضافيتين وهما الاحترام Respect، والواقعية

Concreteness (Carkhuff & Berenson, 1967)، وأضاف ايبي وسيميك-داوننج

Ivey & Simek-Downing (١٩٨٠) إلى هذه السمات، مهارات الاتصال، وسمات الدفء

Warmth، والمباشرة Immediacy، والمواجهة Confrontation، Ivey & Simek-

Downing, 1980:93-105).

يرى الباحثون في مجال الإرشاد والعلاج النفسي أن المسترشد ينمو من خلال توافر ثلاثة شروط
بميسرة **Facilitative Conditions** في العلاقة وهي: التفهم (الفهم الدقيق) **Empathy**
Respect (Positive) والاحترام (الاعتبار الإيجابي) **(Accurate understanding)**
regard والأصالة (التناسب) **(Cormier & Cormier, Genuineness (Congruence)**
(1991:21)

ولقد لخص كل من "جازدا" **Gazda** و"اسباري" **Asbary** و"بالزر" **Balzer** و"شيلدر" **Chider**
و"والترز" **Walters** الأغراض التي تحققها الشروط الميسرة في العلاقة وهي:-

- استخدام الشروط الميسرة يقيم علاقة من الثقة والرعاية المتبادلة والتي يشعر من خلالها المسترشدون بالأمن، وأنهم قادرون على أن يعبروا عن أنفسهم بأي طريقة وفي أي صورة.
- تساعد الشروط الميسرة على تحديد دور المرشد، وعلى أن يستخدم المرشد أساليب السلوك العلاجية الفعالة، وأن يحاول تجنب أساليب السلوك والمهارات غير الفعالة.
- تساعد استخدام الشروط الميسرة المسترشدين في أن يحصلوا على صورة ذات عيانية وأكثر اكتمالا بما يسمح لهم أن يروا أو أن يفهموا الأشياء التي ربما كانت من قبل غير مرئية أو غير واضحة، أو غير مفهومة لهم.
- تظهر الاستجابات الميسرة للعملاء أنهم قد حصلوا على انتباه المرشد الكامل بدون أن يشتت انتباهه لعوامل شخصية أو بيئية. (Gazda et al., 1984:131)

٣- الإرشاد النفسي والعلاج النفسي كعملية اتخاذ قرار:-

يأتي المسترشدون عادة لطلب الإرشاد النفسي لأن لديهم درجة ما من الصراع القراري **Decisional Conflict** (أي الصراع الذي يدور حول اتخاذ قرار معين)، ولأنهم متقبلون داخل قوالب سلوكية جامدة نوعا ما تضم أفكارهم ومشاعرهم. وكثيرا ما يكون لدى المسترشد الكثير من الأعمال التي لم تنته بعد، ولذا فهو يحتاج إلى توسيع مدى تصورات وادراكاته وتحطيم أنماط سلوكه القديم واكتساب أنماط جديدة، كما أنه يحتاج أيضاً إلى اختيار بدائل يمكن أن تفي بهذا التغير، وتكون مهمة المرشد هي توسيع قاعدة البدائل، ومساعدة المسترشد على كسر وخلخلة الأنماط القديمة وتيسير عملية اتخاذ القرار، وإيجاد حلول حيوية وقابلة للتطبيق على مشكلات المسترشد. إن عملية اتخاذ القرار في العملية الإرشادية تشير إلى ثلاث مراحل تتخذ فيها القرارات باستمرار وتحدد خطوات وتفاعلات هذه العملية، وهي كالآتي:-

- المرحلة الأولى: مرحلة اتخاذ القرار بطرح أكبر عدد من البدائل التي تحدد أبعاد مشكلة المسترشد.
- المرحلة الثانية: مرحلة اتخاذ القرار باختيار بديل معين يحدد أبعاد مشكلة المسترشد.
- المرحلة الثالثة: مرحلة اتخاذ القرار بالعمل لتنفيذ القرار المختار لمواجهة مشكلة المسترشد. (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ١٩-٣٣)

ج- بعض الافتراضات النظرية للإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين:

من المفيد التعرف على بعض الافتراضات النظرية التي وضعتها المناهج النظرية المختلفة للإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين وهي:-

١- العلاج التحليلي النفسي الجماعي مع المراهقين والموجه نحو الهوية:-

لقد صور "راشمان" Rachman (١٩٧٥) بعض المراهقين ذوي الاختلال الوظيفي **Dysfunctional Adolescents**، بأنهم يكالحن بدون نجاح من أجل التخلص من اضطراب الهوية الحاد. وأن هؤلاء المراهقين يفقدون للمهارات الضرورية للنمو الفعال لقدراهم في مجال الألفة **Intimacy** والترابط الداخلي، والإحساس بالذات. ويقدم العلاج النفسي الجماعي للهوية فرصا للتوحيد الإيجابي مع الأقران، ويستطيع أعضاء المجموعة أن يتعلموا كيف يكتشفون ويفسرون، ويطورون استبصارا للصراعات المتعلقة بهويتهم **Identity** (Corder, 1994: 2) هذا ولقد ركز راشمان وأتباعه على تشكيل الهوية كعنصر جوهري رئيسي في العلاج النفسي. (MacLennan & Dies, 1992:141)

٢- جماعات تنمية المهارات الاجتماعية والجماعات المتخصصة الأخرى:-

على عكس الجماعات ذات التوجه التحليلي النفسي، والتي تتطلب مستوى عال من الأداء اللفظي والتنظيم المعرفي لتطوير الاستبصار، فإن جماعات المهارات الاجتماعية تبدو واقعية ومحددة أكثر وتركز على التدريب على سلوكيات معينة كضبط الغضب (Frindler & Ecton, 1988) والبرامج الأخرى للتدريب على المهارات الاجتماعية والتي تنصب على مدى واسع من السلوكيات والأداء الاجتماعي، ولكن معظمها يستخدم التدريب التعليمي والنمذجة والتجريب والتعزيز والتغذية الراجعة. (Wilkinson & Canter, 1982, Corder et al., 1979, Corder, 1994: 2-3)

وفي بحث أداره "يالوم" Yalom (١٩٧٠) قدم وصفا للميكانيزمات والشروط الخاصة بالجموعات في العلاج الجماعي ودعاها "العوامل العلاجية الشفائية، **Curative Factors** والتي تعتبر منتجة لتغير سلوكي إيجابي وهي الايثارية **Altruism** وتماسك المجموعة **Cohesiveness** والشمولية **Universality** والتوجيه **Guidance** والتوحيد **Identification** والتفيس **Catharsis** والاستبصار **Insight** والتعلم بين الشخصي **Interpersonal Learning** وإعادة القانون العائلي **Family Reenactment** والوعي الوجودي **Existential Awareness**.

ولأن أهداف ونيات العلاج النفسي للمراهقين تختلف بشكل دقيق عن بعض أوجه العلاج النفسي للكبار، بدراسة الفروق بين إدراك المراهقين والكبار للعوامل الشفائية في العلاج النفسي الجماعي، حيث طلبت من مجموعة من المراهقين الذين خضعوا لعلاج جماعي وصف فوائد العوامل الشفائية التي وصفها يالوم (١٩٧٠)، وذلك من خلال مقابلات متتالية أجرتها معهم. هذا ولقد اعتبر ٢٥% من المراهقين العوامل التالية أنها أكثر فائدة في الشفاء كما هو موضح في الجدول رقم (٤/٢):- التفيس ٤٤%، ٣٨%، والوعي الوجودي ٣٨%، والتزود بالتعلم بين الشخصي ٣٨% وإعادة القانون العائلي ٣١%، وتماسك المجموعة ٢٥%، والتعبير عن التعلم بين الشخصي ٢٥%، والشمولية ٢٥% والايثارية ٢٥%. في حين اعتبر ٢٥% من المراهقين العوامل التالية أنها أقل مساعدة في الشفاء كما هو موضح في جدول رقم (٥/٢):- الاستبصار ٦٠%، ٢٧%، والتفيس ٤٠%، والتوحيد ٣٣%، ٢٧% والتعلم بين الشخصي (التزويد) ٢٧%، والتوجيه ٢٧%، والوعي الوجودي ٢٧%.

(جدول رقم (٤/٢))

العوامل المختارة كأكثر العوامل مساعدة في الشفاء العلاجي
لدى المراهقين في الإرشاد الجماعي

العامل	النسبة المئوية للاختيار	وصف للعامل المختار
التفيس	%٤٤	أن أكون قادرا على قول ما كان يزعجني بدلا من الاحتفاظ به بداخلي.
التفيس	%٣٨	تعلم كيفية التعبير عن مشاعري.
الوعي الوجودي	%٣٨	تعلم أنني يجب أن أتحمل المسؤولية التامة عن الطريقة التي أعيش بها حياتي، بغض النظر عما أتلقاه من توجيه ودعم من الآخرين.
التعلم بين الشخصي (التزويد) (Input)	%٣٨	أن يقول الآخرون لي ويصدق عما يفكرونه بشأني (رايهم في).
إعادة القانون العائلي	%٣١	إن الوجود في مجموعة يشبه الوجود في عائلة كبيرة، ولكنها عائلة أكثر تقبلا وتفهما لي.
التماسك الجماعي	%٢٥	الانتماء إلى مجموعة من الناس الذين يتقبلوني ويفهموني.
التعلم بين الشخصي (النتائج) (Output)	%٢٥	تعطي المجموعة لي فرصة لتعلم كيفية الوصول إلى الآخرين.
الشمولية	%٢٥	أن أرى نفسي في أحسن الأوضاع مثلي مثل الآخرين.
الابتارية	%٢٥	القيام بمساعدة الآخرين وأن أكون مهما في حياتهم.

(Corder, 1994: 8)

جدول رقم (٥/٢)

العوامل المختارة كأقل العوامل مساعدة للشفاء العلاجي
لدى المراهقين في الإرشاد الجماعي

وصف العامل المختار	النسبة المئوية للاختيار	العامل
تعلم أنني أستجيب لبعض الناس أو بعض المواقف بأسلوب غير واقعي مع الشعور بأنما ذات صلة بالمراحل المبكرة السابقة في حياتي.	٦٠%	الاستبصار
التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية نحو قائد المجموعة.	٤٠%	التنفس
أن أجد شخصا في المجموعة أستطيع القيام بمحاكاته والإقتداء به.	٣٣%	التوحد
تعلم أنني في بعض الأحيان أربك الآخرين عندما لا أقول ما أفكر به فعلا.	٢٧%	التعلم بين الشخصي (التزويد) (Input)
يقوم أعضاء المجموعة بإعلامي ماذا أفعل.	٢٧%	التوجيه
محاولة أن أكون مثل شخص آخر في المجموعة والذي يبدو أنه أكثر تكيفا مني.	٢٧%	التوحد
تعلم أن الأسلوب الذي أشعر وأتصرف حسب اليوم ذو صلة بطفولتي ونموي.	٢٧%	الاستبصار
تميز أنه مهما كنت قريبا من الناس الآخرين، فأنا ما زلت إنسانا أواجه الحياة لوحدي.	٢٧%	الوعي الوجودي

(Corder, 1994: 9)

ولقد توصلت "كوردنر" (١٩٩٤) إلى أن المراهقين يظهرون نماذج من الإدراك مشابهة للراشدين، مع فروق قليلة واضحة، فلقد اتفق المراهقون مع الراشدين على اعتبار أربعة عوامل هي أكثر العوامل مساعدة في الشفاء العلاجي (التنفس والتعلم بين الشخصي (Input, Output) والوعي الوجودي)، ولوحظت الفروق في أعلى درجة قدمها الراشدون لبند الاستبصار كأعلى عامل شفائي والذي وصف بعبارة "الاكتشاف والتقبل للأجزاء غير المعروفة وغير المقبولة سابقا في نفسي". (Corder, 1994: 7-9)

هذا في حين اعتبر المراهقون أعلى درجة يمكن إعطاؤها للعبارة التي تصف "أهمية تماسك المجموعة ومشاعر الشمولية". بالإضافة للعبارة التي تؤكد على "العلاقات الداخلية بين أعضاء المجموعة". وهذه النتيجة يبدو أنها تدعم مفاهيم ر. شابيرو وآخرون، R. Shapiro et al. (١٩٧٥) والذين أكدوا على العلاقة بين وظائف المراهق في تشكيل الهوية والفرص لاكتشاف وتطوير إدراك للذات Self-Perception (أو مفهوم للذات)، والتي تحدث من خلال توصيل هذا الإدراك فيما بين أعضاء المجموعة.

إن استخدامنا لمثل هذه النتائج كموجه في وضع الأهداف واختيار فنيات العلاج لمجموعة المراهقين، يبدو مفيداً جداً في حالة قيامنا بمراجعة لبعض الفقرات النموذجية من الأدب النفسي التي تصف أهداف العلاج الجماعي للمراهقين، ولقد وضع بيركويتز وشغر Berkowitz & Sugar (١٩٧٥) هذه القائمة الخاصة بالأهداف والأغراض التي تحققها العضوية في مجموعة علاجية للمراهقين والتي تتضمن النقاط التالية:-

- (١) دعم المساعدة والمواجهة من قبل الأقران.
- (٢) توفير صورة مصغرة عن مواقف الحياة الواقعية.
- (٣) تحفيز طرق جديدة في العلاقات الإنسانية.
- (٤) إثارة مفاهيم جديدة عن الذات وطرق جديدة للتوحد.
- (٥) تقليل الشعور بالوحدة أو العزلة.
- (٦) توفير شعور بالحماية التي يؤمنها عالم الكبار أثناء اجتيازه للتغيرات.
- (٧) المساعدة في الاحتفاظ بفحص ذاتي مستمر كدعم للعلاج.
- (٨) إتاحة المجال لتقبلات التمرد أو الإذعان التي تشجع الاستقلالية والتوحد مع القائد.
- (٩) الكشف عن مشاكل العلاقات التي لا يستدل عليها في العلاج الفردي. (Corder, 1994: 7-10)

د- أهمية ودور الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي للمراهقين:

إن الفوائد الخاصة بالعلاج الجماعي للمراهقين تستند إلى العلاقة بين وظائف الجماعة والمهام الموضوعة للمراهقة. مثلاً: تقدم الجماعة الإرشادية فرصاً لنمو الارتباط مع الأقران، والتعاطف مع الآخرين. كما أنها توفر بعض الحماية التي تدرکها الجماعة خلال هيمنة المعالج على الجماعة العلاجية، في حين يكافح المراهقون من أجل الاستقلال عن السلطة الوالدية، وتوفر الجماعة أيضاً بيئة آمنة للمراهقين ليعطوا ويأخذوا التغذية الراجعة لأقرانهم، فيما يتعلق بقضايا الهوية والأهداف الحياتية، والعلاقات مع الآخرين. (Corder, 1994:1)، ويعتبر العلاج الجماعي طريقة مفيدة بشكل خاص للعمل مع المراهقين وبشكل دقيق لأنهم بشكل عام يفحصون ثانياً مواقفهم ذات الصلة بعالم الكبار، لأن مشاعرهم نحو الكبار متضاربة ومتقلبة، ولأنهم يزعجون للبحث عن دعم ومساعدة، وتماثل لأحكامهم من أقرانهم، لذا فإن موقف الجماعة الإرشادية يتمتع بفوائد مختلفة مقارنة بالعلاج الفردي.

وتوفر الجماعات الصغيرة العدد موقف حياة مصغر يمكن الاستفادة منه لدراسة وتغيير السلوك. ويظهر الناس في الجماعات نماذجهم الحقيقية في العمل، كما يمكنهم تعلم طرق جديدة للتعامل الفعلي مع المواقف، ويمكنهم تطوير مهارات جديدة في العلاقات الإنسانية وحل المشاكل الحالية، وإعادة فحص معاييرهم وقيمهم واستبدالها. إن الجماعة الإرشادية التي تعمل بكفاءة يمكن أن تزود أعضائها بمرآة يستطيعون من خلالها فحص رؤيا جديدة لأنفسهم وذلك من خلال العمل مع الأقران، وبالتالي إيجاد نماذج جديدة للتوحد. وأكثر من هذا، عندما يكون الناس مع بعضهم البعض في مجموعة فهم يفقدون الإحساس بأنهم فرديون وأنهم الوحيدون الذين لديهم مشكلة. وبالتالي يشعرون أنهم أقل انعزالا، ويزيدون تقبل المجموعة لهم وقدرة على المساعدة، من تقديرهم لذاتهم. إن الاشتراك في مجموعة علاجية يساعد المراهقين أيضاً في صراحتهم لتحقيق استقلالية الكبار. وأكثر من هذا فإن الاشتراك في مجموعة يبدو مقبولاً لدى المراهقين الذين يخافون أو يقاومون العلاقات الحميمة مع المعالج في العلاج الفردي. (MacLennan & Dies, 1994: 61-62)

والمجموعات الإرشادية ليست بالضرورة إيجابية على أية حال، ويجب أن تصبح المجموعة وحدة أداء كفؤة كي تكون قوة فعالة وأن تمارس تأثيراً على الفرد لكي يتماثل مع توقعات المجموعة.

وتعتبر المفاهيم المحددة التالية مهمة في الإرشاد أو العلاج النفسي الجماعي بغض النظر عن مستوى وهدف

العلاج:-

- الحياة ليست عملية إحصائية، فمن المستحيل دائماً حل مشكلة والعيش بسعادة للأبد بعد ذلك، فالحياة في تغير دائم ودور الفرد في الحياة أيضاً متغير بمضي الزمن، من بداية الحياة إلى الطفولة حتى المراهقة، والرشد بمسؤولياته الرسمية وفي النهاية نهاية العمر والتراجع في المقدرة الجسدية والمسؤوليات، فكل واحد يجب أن يواجه مواقف جديدة، لذا فعليه أن يتطور ويتكيف، ويتوافق، ويجد حلولاً جديدة لمشكلات جديدة.

- يحتاج أعضاء المجموعة للمساعدة في الاهتمام ببعض المهارات الواجب تطويرها لكي يحصلوا على ما يريدون من حياتهم وليتجنبوا تحقيق المستحيل. وللتعامل مع الحياة بنجاح، فالواحد يجب أن يتعلم مواجهة المشكلات، وأن يتصدى للعديد من المواقف، وأن يبني علاقات مشبعة، وكلما كان المدى والكفاءة في ذلك أكبر، كلما كانت الحياة أكثر إشباعاً.

- وهناك ميزة هامة لجماعات الإرشاد والعلاج النفسي وهي تبنيتها لمفهوم "أن الناس يجب أن يساعدوا بعضهم البعض" وهذه الميزة تقاوم تنافس وغيرة الأقران، وتشجع فكرة أن هناك حياً وميزة ورضى كافياً للجميع، وأن الإشباع يمكن أن يأتي من مساعدة الفرد للآخر لتحقيق هذه المزاي، كما تشجع مشاعر المودة والألفة والثقة والاعتمادية المتبادلة بالإضافة إلى أن المقدرة على المسؤولية الذاتية وتقبل المسؤولية نحو الآخرين يتم التأكيد عليها.

- 'يعد تقبل الحاجة للتغيير والاعتراف بوجود مشكلة قاعدة أساسية للمشاركة في الجماعة الإرشادية، ومع أن بعض المراهقين يتقبلون ذلك بسهولة وبسرعة فإن العديد لا يفعل ذلك، وهذا يشير التساؤل حول الدافعية. وبالتأكيد فإنه يبدو من الصعب أن يرى الفرد كيف يمكن للتغيير أن يحدث ما لم يتم الاتصال والتعرض لبعض القائمين والمساهمين في إحداث التغيير. فالفرد ليس من المحتمل أن يتغير ما لم تتغير القوى ذات المساس الوثيق به. أو إذا لم يكن هناك تغيير في التوازن داخل النفس./ وهذا يمكن أن يحدث عندما يخبر الأفراد النجاح وبالتالي تتبدل مشاعرهم عن أنفسهم، ويصبحون أكثر اطمئناناً وأكثر تحملاً لأنفسهم وللآخرين.

هذا وتعتبر الحاجة لاعتراف المسترشد بعدم كفاءته أو وجود مشكلة ما في حياته، مشكلة خاصة مرتبطة بالعلاج الجماعي. ويبدو أساسياً تطوير جو يبدو فيه وجود المشكلة شيئاً طبيعياً. وفي مثل هذا الجو، يبدو مناسباً ارتكاب الأخطاء ودراسة الأخطاء الذاتية والتعلم منها، ويبدو ضرورياً أيضاً تمييز أن الفرد لا يستطيع معرفة كل شيء أو التصرف بشكل كامل طوال الوقت، حيث لا يعد الفشل مصيبة أو كارثة، ولكنه فرصة للتعلم وللمحاولة ثانية، وهذا يتضمن جواً من الانفتاح في المجموعة، يطور من قبل اتجاهات المعالج الخاصة. ويتضمن أكثر من ذلك تحملاً وتقبلاً لذات الفرد مع تقييمات الفرد وتحمله للمسؤولية القانونية عن أعماله، والتنازل عن الحاجة لأن يكون الفرد صحيحاً وكاملاً ومقتدرًا، طوال الوقت. وتعتبر زيادة تقدير الذات لدى المراهق عنصراً حاسماً في هذا النهج الجماعي. والمرشدون والمعالجون يجب أن يميزوا أن المقاومة جزء جوهري في الصراع نحو التغيير. وإذا لم يوجد صراع، فلن تكون هناك حاجة للجماعة وبالتالي لا يوجد أمل في حدوث التغيير، والمقاومة هي الإشارة بأن الأعضاء يشاركون. فالمشكلة هي إذن في تحريك القوى

بشكل بناء بحيث أن أعضاء المجموعة يمكن أن يتحركوا قدما إلى الأمام، وأن يعملوا على حل مشكلاتهم.

(MacLennan & Dies, 1992: 61-64)

هـ - احتياجات المراهقين النفسية والاجتماعية النمائية وعلاقتها بالإرشاد والعلاج النفسي

الجماعي :

يقوم الشباب ما بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة بتولي مهام عملية النمو على مستوى ذي صلة أكثر بالواقع وبالخفاقات المتعلقة بحياتهم المستقبلية، فيبدأون جديا في مواجهة القرارات التي يجب أن يأخذوها بشأن أدوار الكبار التي سيلعبونها في عملهم وحياتهم الشخصية، ويبدأون في صنع خيارات مهنية مؤقتة غير نهائية، وفي التعامل بواقعية مع حاجاتهم للإنفصال عن آباءهم ليصبحوا مستقلين. كما أنهم يرغبون الآن في معرفة الجنس الآخر بشكل حميم أكثر، ويبدأون في التفكير في اختيار رفيق وتأسيس عائلة خاصة بهم. إن الاهتمام الشديد بالآخرين من نفس الجنس، تماما مثل ما كان يحدث في مرحلة المراهقة المبكرة يخف ويكبت ويتحول إلى علاقة تنافسية. ويميل الأفراد في مرحلة المراهقة المتأخرة لأن يصبحوا أكثر ثباتا ويكتسبوا تدريجيا مقدرة متزايدة للارتباط بالجنس الآخر، لصنع قرارات حول هذه الارتباطات وللتعامل مع عادات وتقاليد الزواج السائدة في المجتمع.

هذا مع مراعاة أن المشاكل المتعلقة بالهوية ما زالت تحتل الصدارة، حيث أن معظم الشباب في هذه المرحلة ما زالوا أقل تعبيرا، عن ماذا يعني أنه رجل أو امرأة، وبكلمات أكثر تحديدا ما نوع الرجل أو المرأة الذي يريد أن يكون، ما هو الدور الذي يريد أن يلعبه في الحياة، وكيف سيرتبط بالجنس الآخر. ويبدو أنه من الأسهل على المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة أن يعترفوا بوجود مشاكل في حياتهم وأنهم معنيون بأمور ذاتهم، ويبدو أنهم يصبحون أكثر رغبة في قبول المساعدة، وفي تحمّل مناقشات مركزة لفترات أطول.

ومع نمو المراهق المتزايد فإن الرعة للتقلب بين الاستقلالية والإتكالية، تصبح أقل، كما يصبح أقل عاطفية، ولديه قدرة أكبر على المساندة والحفاظة على نفسه كراشد مستقل، ويتحمّل مسؤولية أكبر للتخطيط لحياته ولتفسيّد خططه. وبشكل عام فالمرهقون الكبار أقل اندفاعية، وأكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم بكلمات، بدلا من السلوك المادي. ولأن المراهقة فترة للشباب لإعادة فحص معاييرهم وقيمهم، ولتقييم ذاتهم، وللتفكير بنوع حياة الراشدين التي يتمنون أن يقتدروا بها، فأنهم غالبا ما يدخلون في مرحلة رفض لمعظم الراشدين الكبار الموجودين في حياتهم، ويتمردون ضد الطقولة والإتكالية، وفي هذه الأثناء في هذه المرحلة تصبح مجموعة الأقران مهمة بشكل كبير، إنها تشكل بالنسبة للمراهقين جماعة مرجعية محورية والتي من خلالها يمكن خلق معايير جديدة، والتأكيد على هوياتهم، واكتساب دعم وأمان وإشباع حاجات الاعتمادية بدون التنازل عن استقلاليتهم التي وجدوها حديثا.

ومن خلال هذه المجموعة يمكنهم أن يكتسبوا مكانة وإحساسا بالانتماء. إن جماعة الأقران تشكل دفاعيات أساسية ضد مشاعر الخسارة أو فقدان الهوية، والاعتراب Alienation، والتي قد تكون مؤذية في للمراهقين، وتؤدي حتى إلى الاكتئاب والانتحار.

وجميع المراهقين الذين يجدون صعوبة في اكتساب مكانة في المجتمع بسبب المصاعب الاجتماعية أو النفسية أو الحرمان الاقتصادي، قد يجدون أنفسهم عرضة للانخراط في عصابات الأحداث المنحرفين أو متعاطي المخدرات والتي تمثل مجموعة التحدي المرجعية لهم وبالتالي تصبح مصدرا أساسيا للتوحد معها في حياتهم.

إن مفهوم الجماعات المرجعية مهم أيضا كوسيلة لتغيير السلوك، فجماعات الإرشاد والعلاج النفسي تصبح بشكل رئيسي مجموعات مرجعية جديدة تخلق معاييرها الخاصة بها، وقيمتها، وأساليب سلوكها، ويمكن لها أن تمارس ضغطا على الأعضاء للتطابق **To conform**، ويمكن لها أن تتحدى أعضاء المجموعة لاكتشاف الصراع بين أساليبهم القديمة والجديدة . إن رغبة الأفراد في تبني مجموعة مرجعية جديدة تبقى دائمة ذات صلة قريبة بكيف يرون أنفسهم. ويبدو صحيحا أيضا أنه عندما يتبنى الأفراد مجموعة مرجعية جديدة، يحدث التغيير في صورهم الذاتية **Self-Images** السابقة، وفي علاقاتهم بحياتهم السابقة.

إن أهم وظيفة يواجهها المراهق وتؤثر على مشاعره بشأن ذاته، هي علاقته مع الآخرين، واتجاهاته نحو العالم المحيط به، وهذه المهمة تتضمن أن المراهق يحتاج إلى: (١) تكوين فكرة واضحة عن نوع الشخص الذي يريد أن يكونه والدور الذي سيلعبه في الحياة، (٢) تحمل مسؤولية نفسه ووضع الخطط وتنفيذها، (٣) فرز مشاعره حول ما هو متوقع من جنسه (رجل أو امرأة) وكيف سيتدبر أمره مع جنسه ومع الجنس الآخر، (٤) التفكير من خلال العمل لنفسه على ضوء معايير وقيمه، (٥) تطوير صورة ذات يمكن له احترامها، (٦) السماح لنفسه بالإحساس بالمشاعر والمخاطرة بالتعبير عنها عند اللزوم، (٧) تحريك طاقته نحو العمل، (٨) زيادة مهارته في التعامل ومواجهة ضغوطات الحياة وعدم التأكد، (٩) تعلم فهم التفاعل الإنساني والاستجابة على نحو ملائم، (١٠) الرغبة في الاشتراك مع الآخرين وفي تقديم وأخذ المساعدة، (١١) فهم بنية ووظائف العالم المحيط به، وأن يكون قادرا على التقييم والاستغلال والاستفادة من الفرص بشكل واقعي وفعلي.

وبشكل محدد أكثر، خلال المراهقة يجب أن يختار الشباب ويبدأ في التدريب على أعمال ومهمة الكبار، وأن يبنى نفسه للمودة والألفة، والزواج، والأبوة، وأن يصل بذاته إلى تعابير (كرجل وامرأة)، وأن يتعلم كيف يطور علاقات جنسية، وأن يفصل نفسه عن عائلته ويتحمل مسؤوليات الكبار. وتعتبر مرحلة المراهقة المتأخرة معنية بالانفصال الفعلي عن الأسرة والتأكيد ثانية على القيم والمعايير، وصنع خيارات جنسية ومهنية. وتقترح "جيليجان" Gilligan (١٩٨٢) أن الذكور أكثر اهتماما بالانفصال والتفرد، بينما الإناث يكافحن للاحتفاظ بعلاقات مهمة ذات معنى. (MacLennan & Dies:46-49)

القسم الرابع

العلاج العقلاني الانفعالي

سيتم فيما يلي عرض تفصيلي لمفهوم مدرسة العلاج العقلاني الانفعالي باعتبارها القاعدة العلاجية التي استند إليها البرنامج الإرشادي الأول المقترح في الدراسة الحالية.

مقدمة

لقد طور ألبرت أليس Albert Ellis (١٩١٤ -) العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy (ع.ع.أ) بعد أن وجد أن تدريبه كمحلل نفسي غير كاف للتعامل مع مسترشديه. ولقد انتقد منهج التحليل النفسي ووصفه بأنه ليس منهجا غير كفو فقط بل أنه يجعل الناس يصبحون في وضع أسوأ مما كانوا عليه قبل العلاج. (Ellis, 1988). وانطلاقا من هذا المعتقد بدأ أليس في إقناع وتشجيع مسترشديه على القيام بالأعمال التي كانوا يخافون كثيرا منها، مثل الخوف من رفض الآخرين المهمين لهم، وتدريبيا أصبح انتقائيا أكثر ونشيطا قويا ومباشرا كعلاج. وبذا أصبح (ع.ع.أ) مدرسة عامة في العلاج النفسي تهدف لتزويد المسترشدین بأدوات لإعادة بناء أنماط فلسفتهم وسلوكياتهم. (Ellis & Yeager, 1989, Corey, 1997:319)

ولقد آمن أليس بنظام مفاهيمي بسيط لتوضيح دور العمليات التفكيرية في إحداث الاضطراب الانفعالي، ودعا هذا النظام **A-B-C**. حيث تعبر **A** عن الحدث المثير غير السار (الخبرة المثيرة) والتي عادة ما تتضمن إدراكنا لحدث شيء في البيئة أو معنا. و **C** عبارة عن النتائج السلوكية والعاطفية (والتي هي ردود الفعل الانفعالية غير السارة)، والتي تؤدي في الحقيقة إلى انتهاء الفرد في العيادة النفسية. أما **B** فهي عبارة عن نظام المعتقدات الخاصة بالفرد، وهذا يشمل قسمين العقلانية واللاعقلانية. (Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992: 24)

والفرضية الرئيسية للعلاج العقلاني الانفعالي هي أن انفعالات الناس تنشأ بشكل أساسي بسبب معتقداتهم وتقييماتهم وتفسيراتهم، وردود فعلهم للمواقف الحياتية. وخلال العملية العلاجية، يتعلم المسترشدون مهارات تعطيهم أدوات للتعرف ولتحديد ومناقضة ودحض **dispute**، المعتقدات اللاعقلانية التي سبق تعلمها والتي هي مبنية ذاتيا، ويتم الاحتفاظ بما من خلال التلقين الذاتي **Self-indoctrination**، كما يتعلم المسترشدون كيف يستبدلون مثل هذه الطرق غير الكفؤة في التفكير بإدراكات فعالة وعقلانية، وكنيجة لذلك فهم يغيرون ردود فعلهم نحو المواقف. إن العملية العلاجية تجعل المسترشدین يستخدمون مبادئ (ع.ع.أ) في التغير ليس فقط أمام مشكلة حالية معينة لكن أيضا مع مشاكل أخرى في الحياة أو في المستقبل قد يواجهها الفرد، وهذا بالضبط ما يجعل هذه المدرسة العلاجية تقف في مقدمة مدارس العلاج النفسي.

وانطلاقا من هذه الفرضيات نشأت عدة تضمينات علاجية، مثل التركيز على العمل مع التفكير والسلوك بدلا من الانشغال بالمشاعر الواضحة المعبر عنها. إن العلاج العقلاني الانفعالي يبدو عملية تعليمية، كما أن وظيفة المرشد لحد ما وبطرق عديدة تشبه عمل المدرس، خاصة في التعاون مع المسترشد في تعيينات الواجب البيتي، وتعليم استراتيجيات للتفكير الصحيح، والمسترشد عبارة عن متعلم، يتدرب على المهارات التي يتم تعلمها في الجلسة العلاجية في حياته اليومية. (Corey, 1997: 320)

أ- مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

هذا وقد تبنت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ستة مبادئ:-

(١) المبدأ الأساسي للنظرية العقلانية الانفعالية هو أن "التفكير هو أهم وأقرب محدد لعواطف وانفعالات الناس،

ببساطة نحن نشعر بما نفكر، فالأحداث والناس الآخرون لا يجعلوننا نشعر بالسعادة أو الحزن، لكن نحن نقوم بهذا لأنفسنا من خلال تفكيرنا، إنها عملية تشبه كتابة نص لردود أفعالنا العاطفية، مع أننا عادة لا ندرك ولا نشعر بأننا نقوم بهذا. وهكذا فإن أحداث الماضي والحاضر الخارجية تساهم لكن لا تحدث هي مباشرة أو تسبب الانفعالات داخلنا، وعلى العكس فإن الأحداث الداخلية - ادراكاتنا وخاصة تقييمنا وأحكامنا لهذه الادراكات - هي المصادر الأكثر قوة ومباشرة في استجاباتنا الانفعالية.

(٢) التفكير غير الصحيح هو محدد رئيسي للكرب واليأس الانفعالي، وبالتالي فإن الأوضاع الانفعالية غير الصحية، والجوانب العديدة للأمراض النفسية هي نتيجة لعملية التفكير غير الصحيح، والذي قد يتصف بالمبالغة والإفراط في تبسيط الأشياء، واللامنطقية والافتراضات غير الصادقة والاستنتاجات الخاطئة والأفكار المطلقة.

(٣) إن الفكرة الأساسية للنظرية العقلانية الانفعالية هي أننا نشعر حسب ما نفكر، وحتى نقضي على مشكلة انفعالية، فنحن نبدأ بتحليل أفكارنا. فإذا كانت المحنة هي نتاج التفكير اللاعقلاني، فإن أحسن طريقة للتغلب على المحنة هي في تغيير هذا التفكير، ومن منطلق العلاج النفسي، فإن التفكير هو العنصر أو الجانب الوحيد للخبرة الانفعالية الذي يستطيع المعالجون تشجيع المسترشدين على تغييره.

(٤) تعتبر التأثيرات البيئية والوراثية مقدمات مهيئة للتفكير اللاعقلاني والأمراض النفسية، ويقول أليس "نحن البشر يبدو أنه لدينا ميل ونزعة طبيعية للتفكير اللاعقلاني ويبدو أن ثقافتنا تعززها بالخرافات والشعائر والغررمة والتعصب الأعمى".

(٥) لا يأتي التغيير بسهولة، لكنه يحتاج إلى جهود نشيطة ومثابرة لإدراك وتحدي ومراجعة التفكير، وبالتالي إنقاص الحزن العاطفية.

(٦) تؤكد النظرية العقلانية الانفعالية على التأثيرات الحاضرة Present بدلا أو أكثر من المؤثرات التاريخية الماضية على السلوك. فبالرغم من أهمية الظروف البيئية والوراثية في اكتساب المرض النفسي لكنها لا تعتبر الركيزة الأساسية في فهم استمرار المرض النفسي، فالناس يحافظون على استمرارية اضطرابهم من خلال تلقينهم الذاتي Self-Indoctrination، وإن الالتزام والتقييد بالمعتقدات اللاعقلانية، بدلا من كيف تم اكتسابها، هو السبب في الكرب والاضطراب العاطفي، وبالتالي إذا أعاد الأفراد تقييم تفكيرهم وأفكارهم السابقة وتنازلوا عنها في الوقت الحاضر، فإن أداءهم سيصبح مختلفا تماما. Walen, DiGiuseppe & (Dryden, 1992:15-17)

ب- المفاهيم الرئيسية للعلاج العقلاني الانفعالي:

(١) الطبيعة الإنسانية View of Human Nature

يستند العلاج العقلاني الانفعالي على الفرضية المتضمنة أن الكائنات الإنسانية مولودة ولديها إمكانية لكل من التفكير السليم العقلاني والتفكير اللاعقلاني، أو المتلوي. وبعبارة أخرى إن الناس لديهم نزعات فطرية

لحفظ الذات والسعادة والتفكير وترجمته إلى ألفاظ ذاتية والحب، والمشاركة مع الآخرين، والنمو، وتحقيق الذات. وأيضا لديهم نزعة طبيعية لهدم الذات وتجنب التفكير والتأجيل والمماطلة والتكرار اللانهائي للأخطاء، وللخراقات، وعدم التحمل، والكمال ولوم الذات، وتجنب تحقيق إمكانات النمو. (Corey, 1997:320)

ولقد عبّر "أليس" (١٩٧٦ أ، ١٩٧٩) عن هذه الفرضية بتأكيد في كتاباته وممارساته العلاجية على أن البشر لديهم نزعتين بيولوجيتين رئيسيتين الأولى: نزعة قوية للتفكير بشكل لا عقلائي، والثانية: نزعة نحو تغيير هذا التفكير. وفي الحالة الأولى يقوم الناس وبسهولة كبيرة بتحويل تفضيلاتهم القوية إلى مطالب مطلقة متشددة. ولقد قدم أليس البراهين التالية للتدليل على صحة فرضيته هذه حول الأساس البيولوجي للاعقلانية البشرية:-

- (١/٤) يقدم جميع الناس بما فيهم الأذكاء والكفوؤن، وبشكل حقيقي دليلا على الاعقلانية البشرية الرئيسية.
- (٢/١) جميع الاعقلانيات (المطلقات) المسببة للاضطراب النفسي، والتي وجدت في المجتمع الأمريكي موجودة أيضاً تقريباً في جميع المجموعات الثقافية التي درست تاريخياً واثروبولوجياً.
- (٣/١) إن معظم السلوكيات الاعقلانية التي نقوم بها، مثل التأجيل والمماطلة Procrastination، وعدم القدرة على الضبط الذاتي، تعود أصلاً لتعليم الآباء والأقران ووسائل الإعلام الجماهيرية Mass Media.
- (٤/١) غالباً ما يتبنى الناس - حتى الأذكاء والكفوؤن - أفكاراً لا عقلانية أخرى بعد تخليهم عن أفكار لاعقلانية سابقة.

(٥/١) إن الناس الذين يقاومون بشدة الأنواع المختلفة من السلوكيات الاعقلانية غالباً ما يقعون فريسة للاعقلانيات الشديدة.

- (٦/١) إن التبصر بالأفكار والسلوكيات الاعقلانية يساعد فقط وبشكل جزئي في تغييرها.
- (٧/١) غالباً ما يعاود الناس الرجوع لأساليب العادات والسلوكيات الاعقلانية مع أنهم عملوا بمجدية للتغلب عليها.
- (٨/١) غالباً ما يجد الناس أنه من الأسهل تعلم السلوكيات الهازمة للذات بدلا من تعلم السلوكيات المقوية للذات. ولهذا فالناس يفرطون بسهولة في تناول الطعام لكنهم يجدون صعوبة بالغة في اتباع حمية طعام معقولة.
- (٩/١) غالباً ما يتصرف المعالجون النفسيون بشكل لا عقلائي في حياتهم الشخصية والمهنية مع أنهم من المفترض بهم أن يقدموا نماذج دور جيدة للعقلانية.

(١٠/١) غالباً ما يندع الناس أنفسهم بالاعتقاد بأن خبرات سينة معينة (مثل الطلاق والتوتر، ومآس أخرى) لن تحدث لهم أبداً.

ونلاحظ مما سبق أن (ع.ع.أ) يعطي انطبعا كثيبا عن الفرد، لكن نظرية العلاج العقلائي الانفعالي وكما ذكر سابقا، تؤكد أيضا على وجود نزعة بيولوجية أساسية ثانية، فالناس لديهم القدرة على التفكير بما يفكرون والقدرة على ممارسة هذه القدرة لاختيار العمل نحو تغيير تفكيرهم الاعقلاني فالناس مثلا أتباع لا حول ولا قوة لهم نحو نزعتهم للتفكير الاعقلاني، ولكنهم يستطيعون تجاوز آثاره (لكن ليس بشكل تام) حين يقررون العمل بنشاط وقوة وباستمرار نحو تغيير هذا التفكير باستخدامهم لطرق الدحض والتحدى المعرفية والانفعالية والسلوكية. وهذه الرعة تضي على الصورة البشرية التي يقدمها أليس في نظريته، انطبعا متفانلا إلى حد ما. (Dobson, 1988:218-219)

كما يتبنى (ع.ع.أ) فكرة أن الناس معرضون للخطأ Fallible، ومحاول (ع.ع.أ) مساعدة الناس على تقبل ذواتهم كمخلوقات ستستمر في ارتكاب الأخطاء وأيضا في نفس الوقت يعلمهم العيش بسلام أكبر مع أنفسهم.

ولقد استنتج أليس أن البشر لديهم أحداث وتقييمات ذاتية، وأنهم يطورون مصاعب انفعالية وسلوكية عندما يقومون بتفضيلات بسيطة (رغبات في الحب والقبول والنجاح)، وأنهم يرتكبون أخطاء في التفكير بشأنها حين يعتبرونها حاجات ملحة جدا. (Ellis 1991a, 1991b, 1991c; Ellis & Dryden, 1987, Corey, 1997: 320-321)

٢) الاضطراب الانفعالي Emotional Disturbance

يؤمن "أليس" (١٩٨٧ب) بأن البشر يتعلمون في الأصل المعتقدات اللاعقلانية من الآخرين المهمين في حياتهم خلال مرحلة الطفولة، وأيضا فهم يولدون حتميات وخرافات لا عقلانية بشكل ذاتي. كما أنهم بقوة يعيدون غرس معتقدات هازمة للذات من خلال إنتاج الإيحاء التلقائي والتكرار الذاتي ومن خلال التصرف على اعتبار أنها مفيدة. وترى النظرية العقلانية الانفعالية أن المسؤول الرئيسي عن الاضطراب الانفعالي هي هذه المعتقدات التقييمية

Evaluative Beliefs التي تعرف بمركز المعتقدات اللاعقلانية، وتقع في أربعة تصنيفات:--

(١/٢) المطالب الملحة Demandingness: وتعكس هذه المطالب توقعات مطلقة وغير واقعية من الأحداث والأشخاص، وغالبا ما يتم تمييزها من خلال الكلمات والإشارات **Cues**، مثل **يجب Must**، من الواجب **Ought**، ينبغي **Should**، يتحتم **Have to**، واحتاج **Need**.

(٢/٢) التحمل الضئيل للإحباط Low Frustration Tolerance (LFT): وينتج هذا من المطالب التي تتضمن السهولة والراحة، وتعكس عدم تحمل لوضع عدم الراحة.

(٣/٢) التقييمات الشاملة للقيمة الإنسانية Global Evaluations of Human Worth: وهذه التقييمات تكون موجّهة سواء للنفس، أو للآخرين، وتستلزم أن الكائنات البشرية يمكن أن تقيم، وأن بعض الناس لا قيمة لهم، أو على الأقل أقل قيمة من الآخرين.

(٤/٢) الكره والرعب والنهويل Awfulizing: وهي طريقة في المبالغة والإفراط في النتائج السلبية لموقف معين لدرجة متطرفة جداً، بحيث أن أي حدث غير مرغوب به يصبح مخيفاً ومزعجاً جداً.

ويوضح المثال التالي كيفية حدوث الاضطرابات الانفعالية من خلال المعتقدات التقييمية، لنفترض أن (س) لديها كلمة ستلقبها أمام مجموعة من الطالبات وأنها تشعر بقلق عظيم حول هذا الأمر. ولاحظت أن إحداهن تتلمذ في مقعدها، وبعض من الطالبات ينظرن حولهن في الغرفة. هي حينئذ ستوصل إلى استدلال أو استنتاج معين بأنهن ربما لا يعجبهن ما يجب عليها أن تقوله، وأنهن يعتقدن أنها مملّة. كل هذه الأفكار قد تكون صحيحة أو غير صحيحة لكنها تقييم للحقيقة الممكنة أو المحتملة المستمدة مما حدث. وهذا بالضبط ما يركّز عليه العلاج العقلاني الانفعالي، فالأفكار السلبية التلقائية (أنهن لا يعجبهن ما يجب عليّ أن أقوله) أو الأفكار حول نقص الكفاءة (أنا مملّة بالنسبة لهن)، لا تعتبر كافية لإحداث الاضطراب الانفعالي مباشرة. لكن الاضطراب الانفعالي في (ع.ع.أ) يظهر عندما يتم تقييم هذه الاستنتاجات بأنها مرعبة ومخيفة **Horrors**، وبالتالي فإن الأفكار التقييمية قد تكون كما يلي:--

- "يجب عليّ أن أجعلهن مسرورات وأن أحصل على رضاهن وقبولهن وموافقتهن".

- "إذا جعلتهن يشعرن بالملل، فأنا لا قيمة لي، أنا إنسانة مملّة".

- "هذا الوضع يبدو لي مخيفاً ومرعباً وفظيعاً".

إن التمييز بين الإدراك الاستنتاجي والإدراك التقييمي يضع (ع.ع.أ) بعيداً عن المعالجين المعرفين، إن معالج

(ع.ع.أ) يعترف بأهمية العمليات الاستراتيجية ويستخدم العديد من الأساليب لتعديل الإدراكات المشوهة **Distorted**، لكن الإدراكات التقييمية تعتبر المفتاح لفهم الاضطراب النفسي. وهكذا حتى لو اعتقدت (س) أن زميلًا غير راضٍ عما تقول، وحتى لو فكرت أنها لن تكون قادرة أبدًا على تحقيق النجاح في مواقف اجتماعية، وحتى لو اعتقدت أنها تفكر إلى الكفاءة في مجالات معينة، فإنها ستكون قادرة على حماية نفسها من الألم العاطفي المفرط غير الضروري بشأن هذه الوقائع المأسوف عليها، فقط إذا قامت بتقييمها بشكل عقلائي.

(Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992:17-22)

وحدثًا قام بعض النظريين (Bernard & DiGiuseppe, 1989; Ellis & Dryden, 1987)،

بوضع وصف موجز للمعتقدات التقييمية اللاعقلانية ومجالاتها، وأطلقوا عليها العمليات اللاعقلانية والتي تتضح في

الشكل رقم (١/٢) حيث على المستوى الأفقي الأنواع الأربعة الرئيسية للمعتقدات اللاعقلانية B:-

شكل رقم (١/٢) العمليات اللاعقلانية

Irrational Processes

الكره والرعب والتحويل	تقديرات وأحكام على القيمة الإنسانية	تحمّل ضئيل للإحباط	المطالب الملحة	B المعتقد اللاعقلاني A الحدث
رعب وخوف بشأن الانتماء	إدانة بشأن الانتماء	تحمّل ضئيل للإحباط المتعلق بالانتماء	المطالب الملحة المتعلقة بالانتماء	الانتماء Affiliation
رعب وخوف بشأن الإنجاز	إدانة بشأن الإنجاز	تحمّل ضئيل للإحباط المتعلق بالإنجاز	المطالب الملحة المتعلقة بالإنجاز	الإنجاز Achievement
رعب وخوف بشأن الراحة	إدانة بشأن الراحة	تحمّل ضئيل للإحباط المتعلق بالراحة	المطالب الملحة المتعلقة بالراحة	الراحة Comfort
رعب وخوف بشأن العدالة	إدانة بشأن العدالة	تحمّل ضئيل للإحباط المتعلق بالعدالة	المطالب الملحة المتعلقة بالعدالة	العدالة Fairness

ولقد أشار أليس من خلال هذا النموذج (Ellis, 1989; Ellis & Dryden, 1987) إلى أن جميع

الاضطرابات العاطفية تشترك في سبب جذري واحد وهو المطالب الملحة، مؤكداً على أن التفكير الجامد القاسي الدوغماتي هو جوهر العمل في مجال المرض النفسي، وبحيث أن الأفكار اللاعقلانية المليئة بالمطالبات الملحة والمطلقة تكون موجودة دائماً في الاضطراب العاطفي. هذا وتعتبر العمليات اللاعقلانية الثلاث الباقية (التحمّل الضئيل للإحباط والأحكام على القيمة الإنسانية والمبالغاة والرعب) صوراً منحرفة غير منطقية للمطالب الملحة والمطلقة.

أما على المستوى الراسي للنموذج فنلاحظ المجالات الأربعة المحتملة للاضطراب الانفعالي (حيث تظهر الأحداث غير السارة، A)، والتي تستخدم فيها العمليات المعرفية وهي: - الانتماء والإنجاز والراحة، والعدالة. ويشير مقترحو هذا النموذج إلى أنه يجعل مفهوم المعتقدات اللاعقلانية أسهل على الفهم وأيضاً أسهل على التقييم. كما

أنه يقود لوضع بعض فرضيات بشأن المعتقدات اللاعقلانية ذات الصلة باضطرابات نفسية معينة مثلاً: (١) تلعب الأحكام التي نطلقها على الناس والذات بشكل خاص دوراً مهماً في حدوث الاكتئاب، (٢) تعتبر الأفكار اللاعقلانية بشأن الراحة، الأساس في ظهور الخوف المرضي من الوحدة والأماكن العامة **Agoraphobia** (Burgess, 1990)، (٣) وتعتبر الأفكار المتعلقة بالحمل القليل للإحباط، أمراً حاسماً في سلوكيات الإدمان. (Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1991) (DiGiuseppe & McInerney, 1991) (1992:128-130)

هذا ويصّر (ع.ع.أ) على أن اللوم **Blame**، هو جوهر معظم الاضطرابات الانفعالية، لذا فإذا كنا نريد الشفاء من العصاب أو اضطراب الشخصية، فمن الأفضل لنا أن نتوقف عن توجيه اللوم لذواتنا وللآخرين، وبدلاً من ذلك يبدو مهماً أن نتعلم تقبل أنفسنا برغم نواقصنا. هذا ويعتقد أليس أن الناس لا يحتاجون للقبول وحب الآخرين، مع أنها تبدو حاجات ضرورية بشكل عال. فالمعالج يعلم المسترشدين كيف يشعرون بعدم الاكتئاب حتى عندما يكونون غير مقبولين وغير محبوبين من قبل الآخرين المهمين. كما أن (ع.ع.أ) يشجع الناس على أن يعيشوا خبرة الحزن لكونهم غير مقبولين، ويحاول مساعدتهم في إيجاد طرق للتغلب على الاكتئاب والقلق والألم النفسي وفقدان قيمة الذات والكراهية. ويقترح أليس أن هزيمة الذات **Self-Defeat** تحدث بشكل حتمي بسبب الأفكار اللاعقلانية التي نقوم باستدخالها أو استبطانها *، (Dryden & Ellis, 1988; Ellis, 1987b, 1988). وفيما يلي بعض من هذه الأفكار اللاعقلانية:-

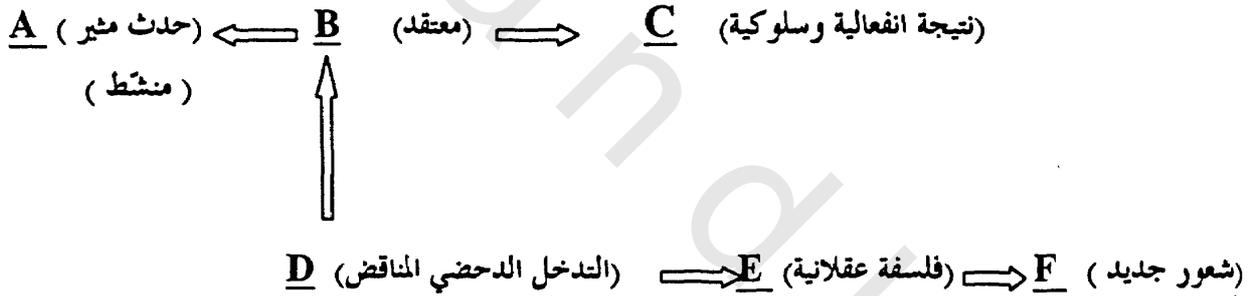
- "يجب أن أحصل على الحب أو الاستحسان من جميع الناس المهمين في حياتي".
 - "يجب أن أؤدي الأعمال المهمة بكفاءة وبشكل كامل تماماً".
 - "لأنني أرغب بقوة أن يعاملني الناس بصورة مراعية لحقوقي ومشاعري وبشكل عادل، إذن يجب أن يقوموا بذلك وبشكل مطلق".
 - "إذا لم أحصل على ما أريد، انه أمر فظيع، وأنا لا أستطيع تحمله".
 - "من الأسهل تجنب مواجهة مصاعب ومسؤوليات الحياة بدلاً من تولي أشكال مكافئة للضبط الذاتي".
- إن معظم الناس لديهم نزعة قوية لجعل أنفسهم مضطربين والاحتفاظ بهذا الاضطراب الانفعالي من خلال استبطانهم لمعتقدات هازمة للذات مثل هذه السابق ذكرها، ولذا فهم فعلياً يجدون أن من المستحيل أن ينجزوا ويحققوا ويحافظوا على صحة نفسية جيدة. (Ellis, 1987b). (Corey, 1997: 321-322)

* استدخال، استبطان **Internalization**: ويعني تقبل الفرد وتبني المعتقدات والقيم والاتجاهات النفسية والممارسات والمعايير... الخ باعتبارها خاصة به. وفي نظرية التحليل النفسي التقليدية يفترض أن الأنا الأعلى ينمو خلال عملية استدخال معايير الوالدين وقيمهم. ويتميز هذا المفهوم عن مفهوم الامتصاص **Introjection** حيث تكون القيم مقترضة وليست متبناة. وعن مفهوم التطبيع الاجتماعي **Socialization** حيث يساير السلوك قيم المجتمع دون التزام أو اعتقاد. (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، معجم علم النفس والطب النفسي، (١٩٩١) الجزء الرابع: ١٧٨٣)

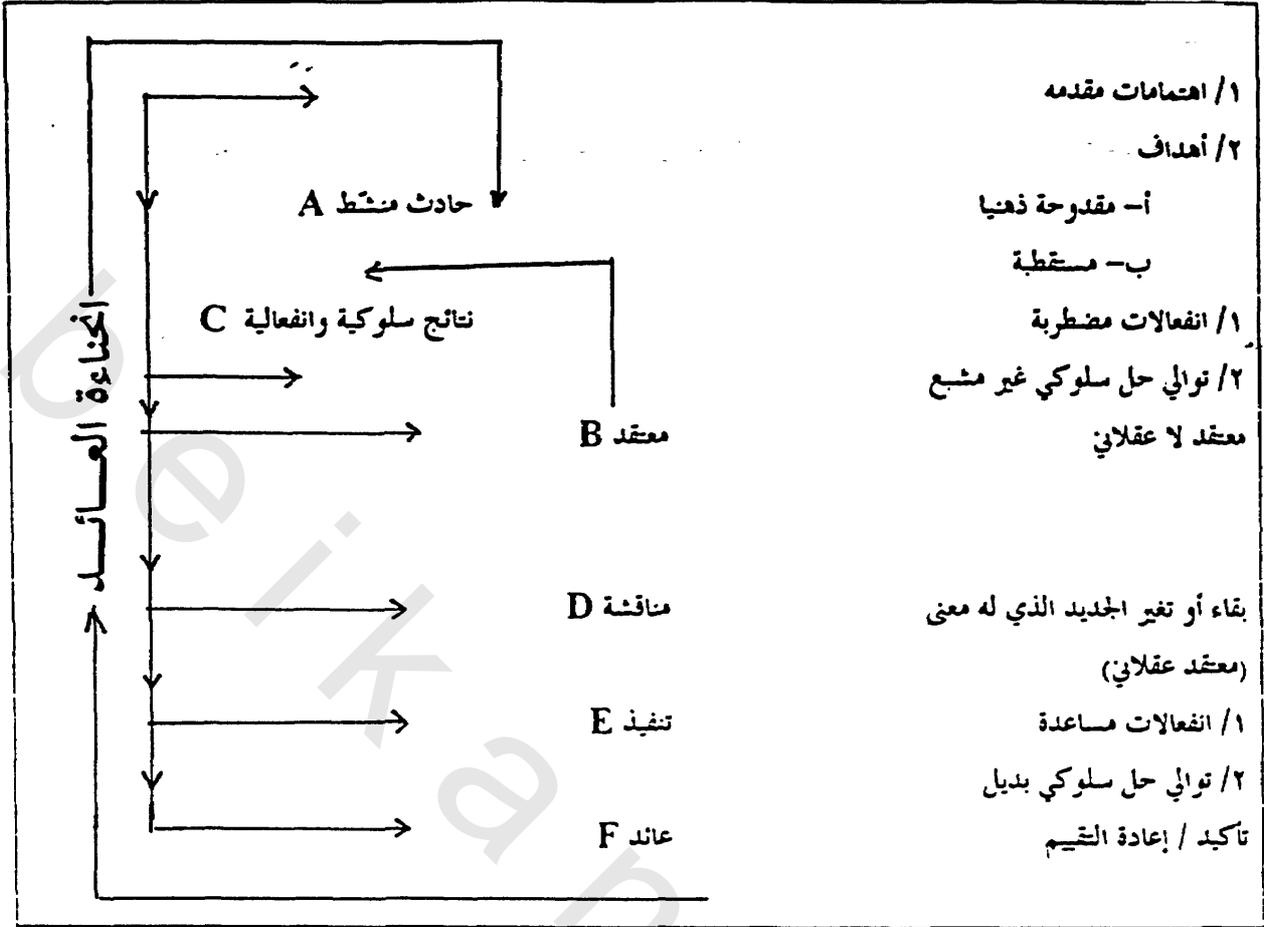
٣) نظرية A-B-C في الشخصية:

كما رأينا فإن المعتقد الرئيسي لـ (ع.ع.أ) هو أن الاضطرابات الانفعالية (كما يتم التعرف عليها وتمييزها من مشاعر الأسى والندم والإحباط) هي بشكل كبير نتاج للتفكير اللاعقلاني الهازم للذات. والنوعية اللاعقلانية تأتي من المطالبة الملحة **Demanding** بأن العالم يجب، لازم، أن يكون مختلفا. ومن منظور العلاج العقلاني الانفعالي، فإن العديد من المعالجين النفسيين يخطنون بتركيزهم على التاريخ الماضي والأحداث المثيرة المنشطة. وكأنه يوجد أي شيء يمكن عمله لتغيير طفولة المسترشد المبكرة. كما أن بعض المعالجين الآخرين يرتكبون خطأ في التأكيد المبالغ فيه على الجهد المبدول لجعل المسترشد يميز، ويعبر، ويناقد مشاعره. كما أن البعض الآخر يبحث المسترشد عن إعادة إحياء والتحدث عن الأحداث والمشاعر الماضية في طفولتهم. ويعتقد أليس أن مثل هذا الإجراء لا يعتبر بناء جدا، لأن النتائج الانفعالية لن تختفي تماما لكون المشاعر تم تكثيفها والتعبير عنها. وبدلا من هذا كله فإن (ع.ع.أ) يقترح أن يقوم المسترشد والمعالج بالعمل سويا لدحض المعتقدات اللاعقلانية المسببة للنتائج الانفعالية المضطربة. وهما بهذا يعملان نحو تحويل نمط التفكير غير الواقعي والفتح والمليء بالمطالب، والقطعي، إلى منهج في التفكير والسلوك، يتصف بالواقعية، والنضج، والمنطقية، والتجريبية. وهذا يؤدي إلى ردود فعل انفعالية أكثر ملاءمة نحو المواقف الحياتية.

والرسم التخطيطي التالي يوضح تفاعل المكونات المختلفة السابق مناقشتها:-



أو كما قام علاء الدين كفاي (١٩٩٩) حديثاً بتوضيحها حسب النموذج التالي:-



(علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٣٥٩، ١١٦، 1988: Huber, Baruth)

نموذج ت. م. ن. م. ت. ع * (A. B. C. D. E. F.) في المدخل العقلائي الانفعالي.

ميكانيزمات عمل النموذج:-

* حدد (A)

* اربط (A) مع (C)

* احصل على (B)

* اذهب إلى (D)

* اربط (D) مع (E)

* تحرك إلى (F)

* ارجع إلى (A)

* ت = نشيط، م = معقد، ن = نتائج، م = مناقشة، ت = تنفيذ، ع = عائد.

إن نظرية A-B-C في الشخصية تعتبر الركيزة الأساسية في نظرية وممارسة العلاج العقلاني الانفعالي. و **A (Activating Event)** هي وجود حقيقة أو حدث، أو سلوك أو اتجاه فرد ما. و **C (Emotional and Behavioral Consequence)** هي النتيجة الانفعالية والسلوكية أو رد الفعل لهذا الفرد، ورد الفعل قد يكون ملائماً أو غير ملائم. ولا تسبب A بشكل كبير أو تؤدي إلى C أي رد الفعل الانفعالي. مثلاً، إذا عاش فرد ما خبرة الاكتئاب بعد حدوث طلاق A فإن الطلاق نفسه ليس السبب في الاكتئاب C، لكن معتقداته **B (Belief)** حول كونه إنساناً فاشلاً ومرفوضاً وفاقداً لشريك حياته. حيث يعتقد أليس أن المعتقدات حول الرفض والفشل (في نقطة B) هي المسببة بشكل رئيسي للشعور بالاكتئاب (في نقطة C)، وليس الحدث الفعلي للطلاق (في نقطة A)، وبالتالي فإن الناس مسؤولون بشكل كبير عن خلق ردود فعلهم واضطراباتهم الانفعالية الخاصة بهم، والتوضيح للناس بكيفية تغيير المعتقدات اللاعقلانية التي تسبب مباشرة وفورا نتائجهم الانفعالية المضطربة هو قلب العلاج العقلاني الانفعالي (Ellis, 1979 b).

والسؤال المطروح الآن كيف يتم تبني الاضطراب الانفعالي من منظور هذه النظرية؟

إنه ينمو بواسطة الجمل غير المنطقية التي يكررها الفرد باستمرار لنفسه مثل: "أنا الملام كلية على هذا الطلاق"، "أنا إنسان تيمس فاشل"، "وكل ما أقوم به خطأ"، "أنا إنسان لا قيمة لي". ويكرر أليس دائماً بأن "الفرد يشعر تماماً تبعاً للطريقة التي يفكر بها". كما أن ردود الفعل الانفعالية المضطربة مثل الاكتئاب، والقلق تنشأ وتدمر بفضل نظام المعتقدات الهازمة للذات، والذي يستند إلى الأفكار اللاعقلانية التي تم دمجها وتلقيحها واختراعه. وتأتي **D (Disputing Intervention)** أي الدحض والناقضة بعد (A - B - C)، وهي بشكل أساسي الاستخدام المنظم للطرق العلمية لمساعدة المسترشدين على تحدي معتقداتهم اللاعقلانية. ولأن مبادئ المنطق يمكن تعلمها، فيمكن بالتالي استخدامها لهدم أي فرضية غير حقيقية، لا تتمتع بمصداقية، غير مثبتة وغير ممكن التحقق منها. ولقد قدم "أليس وبرنارد" Ellis & Bernard (1986) وصفاً لثلاثة مكونات لعملية الدحض والناقضة وهي: الاكتشاف Detecting، والمجادلة Debating، والتمييز Discriminating.

فالمسترشدون يتعلمون أولاً كيف "يلاحظون" ويراقبون معتقداتهم اللاعقلانية، وخاصة المطلقات "يجب، كان لازم، من الضروري"، والفضاعة والتهويل Awfulizing التي يصفونها على الأمور والتقليل من القيمة الذاتية Self-downing. ثم يجادل المسترشدون معتقداتهم المختلة وظيفياً من خلال تعلم كيفية التساؤل المنطقي والتجريبي بشأنها، وكيف يستحثون أنفسهم للتخلص منها والتصرف ضد الاعتقاد بها. وفي النهاية يتعلم المسترشدون كيف يميزون المعتقدات اللاعقلانية الهازمة للذات من المعتقدات العقلانية المساعدة للذات.

وأيضاً فالعلاج العقلاني الانفعالي يستخدم طرقاً أخرى معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة المسترشدين على تقليص معتقداتهم اللاعقلانية، فهو يؤكد على عملية الدحض خلال الجلسات العلاجية وفي الحياة الخارجية، وبالتالي يصل المسترشدون إلى **E (Effective Philosophy) (Effect)** وهي فلسفة عقلانية فعالة جديدة تتمتع بجانب عملي، تنجم عن استبدال الأفكار الملامة بالأفكار غير الملامة وفي حالة نجاح المسترشدين في ذلك فإنهم يصلون أيضاً إلى **F (New Feeling)** وهي عبارة عن مجموعة جديدة من المشاعر بدلاً من الشعور بالقلق أو الاكتئاب الحاد يشعر المسترشدون بشكل ملائم حيال الموقف، والطريقة المثلى للبدء بالشعور بشكل أفضل هي في تطوير فلسفة

عقلانية وفعالة وبالتالي فبدلاً من توبيخ الذات والإحساس بالاكتاب بسبب الطلاق ، فالفرد يجب أن يصل استنتاج عقلائي مبني على التجريب " أنا فعلا أشعر بالأسف من أعماقي لعدم نجاح زواجي وبالتالي حدوث الطلاق ، ومن الغباء أن أستعير في لوم نفسي وأن أعتبر نفسي مسؤولاً كلية عن الفشل" .

إن الأثر النهائي للعلاج هو في تقليل مشاعر الاكتاب وإدانة الذات . والوصول إلى فلسفة عقلانية تجعل المسترشدون يتعاملون مع قضية ما كالفشل مثلا ، وبوجه عام بشكل عقلائي وهو جوهر العلاج العقلائي الانفعالي .
(Corey, 1997:322-323)

ج- العلاج العقلائي الانفعالي الجماعي:

يرى أليس أن العلاج العقلائي الانفعالي يصلح بخاصة للموقف الجماعي، إذ يتعلم كل أعضاء الجماعة كيف يطبقون أسسه على الأعضاء الآخرين في الجماعة بحيث يستطيعون مساعدتهم على تعلم هذه الأسس بصورة أحسن والتدرب عليها تحت الإشراف المباشر من قائد الجماعة. وفي الجماعة تتوفر فرص أكبر لتطبيق الواجبات المرلية (والسبي يؤدي بعضها في الجماعة ذاتها) وللتدريب على التأكيد الذاتي والانخراط في لعب الأدوار والقيام بمخاطرات لفظية وغير لفظية والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل علاجيا واجتماعيا في الجلسات وبعدها وملاحظة سلوك الأعضاء بصورة مباشرة من المعالج ومن الأعضاء الآخرين بدلا من مجرد تقديم تقارير عنه بعد وقوع السلوك، كما تيسر الجماعة للفرد الانخراط في العمليات الجماعية الأخرى التي تصمم لدعم المشاركة الإيجابية والتغيير الفلسفي الجذري.

ورغم أن التركيز يكون على الفرد في جماعات العلاج العقلائي الانفعالي، إلا أنه يتعين فهم ديناميات الجماعة من حيث تأثيرها على تفكير ومشاعر وأفعال العميل: إذ يمكن استخدام المعايير الجماعية وأنماط الاتصال وأدوار القيادة الناشئة علاجيا أو يمكن أن تشجع التفكير اللاتوازمي والأفعال والانفعالات اللاتوازمية. فيحتمل مثلا أن ينشأ معيار جماعي - لا يشجع المواجهة بين أعضاء الجماعة - ومن المهم أن يتنبه المعالج لذلك وأن يعلق عليه أو أن يحاول منعه. ويمكن لتماسك الجماعة أن ييسر تحقيق الأهداف العلاجية أو يعوقها.

١- ميكانيزمات العلاج الجماعي: يستخدم أليس بصورة أساسية أسلوب الحوار المركز على "مسترشد محوري Focal" في اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة بالضبط لكل مسترشد). وقد يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة لهذا المسترشد، وذلك للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقضتها ولتوجيه التعليمات إليه للاستمرار في ذلك إلى أن يحدث التغيير، وبعده بفترة منعا للرجوع إلى العادات القديمة في التفكير.

وفي صورته النموذجية، يبدأ العلاج الجماعي بتشخيص لمشكلات الفرد من خلال التعرف على معرفياته الأساسية وتقويماته وصعوباته الانفعالية وأنماطه السلوكية والترابط بينها، وتتبع المناقشة الجماعية عادة نموذج A-B-C فيبدأ العميل المحوري عادة بتقديم مواد يمكن تصنيفها إما في A (خبرات مشيرة) أو C (عواقب انفعالية) وأحيانا قد تشمل عبارة واحدة كلا من A, C في مشكلة معينة. ويشجع المعالج الجماعة على توجيه الأسئلة وعلى المناقشة حول A, C، وذلك بقصد التوضيح ومساعدة العضو الذي يجد صعوبة في التعبير عن خبرات انفعالية. ومن ثم فإن أفكار المسترشد عن الموقف تتضح تدريجيا ويتحدد دور هذه الأفكار في شعور المسترشد بالاضطراب.

ويجلس الأعضاء عادة في شكل دائرة في مكان مناسب تتوفر فيه فرص الحركة والخصوصية. ويتراوح حجم الجماعة من ٦ (كحد أدنى) إلى ١٣ (كحد أقصى) مع معالج مشارك أو معالجين إثنين يتسمان بالخبرات التدريبية والعمل

لمشاركة كل أعضاء الجماعة. وقد تكون الجماعة مفتوحة أو مقفولة النهاية. ويغلب أن تكون جماعات ليس من النوع الأول، وقد تستمر عددا من السنين يتغير فيها الأعضاء باستمرار. أما النوع الثاني فتراوح مدته من ٦ إلى ١٢ أسبوعا حسب غرض وحجم الجماعة. ويغلب أن يكون اجتماع الجماعة مرة في الأسبوع، إلا أن الفترة قد تكون أطول بقصد إعطاء الفرصة لتجريب السلوك الجديد والخبرات التصحيحية. وتتألف الجلسة العلاجية عند أليس من ساعة ونصف إلى ساعتين وأكثر. وتستخدم نماذج للواجبات المرلية أو قد تستكمل هذه الواجبات في الجلسة. كما تستخدم السبورة وتسجيلات الفيديو والتسجيلات الصوتية ليستمع لها العضو بين الجلسات مع التحذير القوي بمراعاة السرية.

ويتعين أن يكون المعالج قد تلقى تدريبا بواسطة معالج من الثقافة. وتشمل المهارات المطلوبة في المعالج: تقييم مشكلات العميل بما في ذلك الميكانيزمات الدفاعية التي يستعين بها ضد التغيير والقدرة على التفهم الوجداني للعميل والمعرفة بوسائل تناول العلاقات بين المعالج والمسترشد وإرادة العمل النشط والموجه للمسترشدين، وتحديد بنية الجلسة، والمرونة الكافية لتغيير الأسلوب ليناسب الموقف والذكاء والمعرفة الواسعة بالعلاج النفسي والمثابرة والاهتمام بمساعدة الآخرين والتحرر من التفكير البراجماتي، وأخيرا الخبرة الشخصية بالعلاج العقلاني الانفعالي.

ويلتزم المعالج بأخلاقيات المهنة والمطالب القانونية للاشتغال بها في البلد المعين، وعدم إيذاء المسترشد عن معرفة، والحفاظة على السرية، وتجنب الأفعال المخلة بالآداب العامة، ومنع إيذاء الأعضاء كل منهم للآخر، وتصحيح الخطأ عند وقوعه وتحذير الأعضاء من عدم احترام السرية وطرده للمسترشد من الجماعة إذا تطلب الأمر ذلك.

٢- جماعات اللقاء المواجه "الماراتون": بالرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر المدارس العلاجية اهتماماً بالجوانب المعرفية، إلا أنه يمكن أن يعدل بنجاح طبقا لتقدير أليس إلى ما يسميه (لقاء مواجه عقلائي في نهاية الأسبوع)، (A weekend of rational encounter)، وتقضى الساعات الأولى من هذا الماراتون العقلاني الانفعالي في جعل أعضاء الجماعة ينخرطون في سلسلة من التدريبات الموجهة الهادفة إلى أن يعرف كل منهم الآخر معرفة وثيقة، وأن يتصلوا معا اتصالا لفظيا وغير لفظي، وأن يتحدثوا عن بعض خبراتهم المثيرة للجدل، وأن يقوموا بمغامرات غير مألوقة، وأن يجربوا المواجهات الفردية العميقة. وفي هذه الساعات الأولى ينحى جانبا وعن عمد "حل المشكلات". وحين يتعرف أعضاء الجماعة بعضهم على البعض الآخر، ويتخلون عن بعض دفاعاتهم، وتقضى ساعات طويلة في الخوض في اعتمق مشكلاتهم بالأسلوب المعتاد في العلاج العقلاني الانفعالي بحيث يستطيع الأعضاء فهم المصادر الفلسفية لمشكلاتهم الانفعالية وكيف يستطيعون تغييرها بأنفسهم عن طريق تغيير الجوانب المعرفية.

وكذلك تمارس بعض التمارين اللفظية وغير اللفظية لتشجيع المواجهة والعلاج المتعمق وتعطى واجبات منزلية معينة لكل عضو في الجماعة، وأخيرا تمارس بعض تمارين ختامية. ويستغرق الماراتون الكلي ما بين ١٤ - ٢٤ ساعة، ويعقد عادة لقاء آخر لعدة ساعات بعد ستة أو ثمانية أسابيع من اللقاء الأول للتحقق من التقدم ومن أداء الواجبات المرلية ومن الموقف الانفعالي الحالي، ويقرر أليس أن الخبرات تؤكد أن مثل هذا النوع من العلاج يكون عادة خبرة سارة ومفيدة لأعضاء الجماعة. (لويس مليكه، ١٩٩٤: ٢١٠-٢١٣)

٣- العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي من واقع خبرة ألبرت أليس

يقول أليس (١٩٩٢ ب) "كقائد مجموعة أبدأ عادة كل جلسة بقراءة الواجب البيتي لواحد من أعضاء المجموعة العلاجية، لأعرف ما إذا قام به أم لا وإذا لا فلماذا؟ وبالتالي فإن "التحمل الضئيل للإحباط لديه Low-Frustration Tolerance والمتمثل بعبارة مثل (ليس من الواجب أن أجازف بالقيّم بأي عمل صعب حتى أتفهم). وجملة الذاتية المقلّلة لقيمة الذات Self-downing (يجب أن أقوم بالواجب البيتي جسداً وإلا فسأكون شخصا سيئا) ، يتم التعرف عليها واكتشافها ومن ثمّ دحضها Disputation وذلك من قبلي، ومن بعض من أعضاء المجموعة الآخرين الذين تعلموا بنشاط كيف يناقضون إدراكاتهم الهازمة للذات Self-defeating cognitions وبالتالي يقومون بدحض أفكار زميلهم بقوة".

ويستمر أليس في قوله "عندما يراجع الواجب البيتي لأحد الأعضاء أو ربما يتم تعيينه له فهو حر Free في أن يسجل مشكلته الرئيسية عليه، أو في أن يكتب عن تحسنه، وفي مناقشة أهدافه وخطته. وفي الكشف عن شيء لم يسبق له قوله أمام المجموعة، وأيضا هو حر في التحدث عن أي شيء يريد مناقشته. وعندما يعرض مشكلة سلوكية انفعالية مثل: القلق والاكتئاب والإساءة للذات والحجل والتأجيل والمماطلة، أو حتى الإدمان. فسأبني وبقية أعضاء المجموعة نبحت عن الإلزاميات التزمته Dogmatic shoulds وعزواتها الرئيسية Main attributionals والاستنتاجات الاستدلالية Inferential derivations، مثلا: (لأنني لا أؤدي عملي جيدا كما هو مطلوب تأديته بشكل مطلق، فانه أمر مرعب كرهه، لا أستطيع تحمله، أنا انسان غير كفؤ، وسأفشل دائما، ولن أكون كفؤا أبدا، ولن أكون محبوبا). وعندما نجد أن لدى العضو واحدا أو أكثر من هذه المعتقدات الجوهرية المختلة وظيفيا، فنحن مباشرة وبنشاط وقوة نقوم بدحضها ومناقضتها Dispute it، ونريه كيفية محاربتها بنفسه، ونعطيه جملة مواجهة عقلانية لمواجهتها والتي بما سيستبدلها. وغالبا ما نقترح واجبا بيتيا سلوكيا انفعاليا للقيام به خلال الأسبوع من أجل مناقضة معتقداته المختلة وظيفيا، وإعادة إشراط نفسه (ويفضل من خلال التعرض للواقع (أو الإفاضة بالواقع) Exposure in vivo) لإدراكاته ومشاعره وأعماله المخربة للذات Self-sabotaging وإذا استمر هذا العضو في عرض مشاكله أسبوعا تلو الآخر، وعبر عن نفسه من خلال مشاكل الآخرين - حيث أقوم أنا وبقية أعضاء المجموعة بتشجيعه على القيام بذلك - فانه سيستمر في الكشف عن نفسه Revealing himself، وسيستمر في وضع نفسه على الخط العلاجي، وسيستمر في التعرض لمخاطر الرفض والمعارضة المقدمة من الآخرين، ويستمر في توضيح أفكار الآخرين اللاعقلانية، وفي العمل ضد نزعاته المخربة للذات خلال الجلسات العلاجية. ومن هنا فانه يؤمل أنه وبعد سنة أو أكثر، سيحقق على الأقل بداية التغير المعرفي الانفعالي السلوكي العميق. ويكتسب كنوع من طبيعة ثانية، طريقة جديدة شبه تلقائية للاستجابة بأسلوب المساعدة الذاتية بدلا من سلوك تخريب الذات في مواجهة المصاعب والأزمات التي يحتمل حدوثها له وللأشخاص الذين يجهم ببقية حياته".

ولأن معظم ممارسي (ع.ع.أ) يستخدمون دائما فنيات عديدة جيدة موجهة للتفكير والانفعالات والسلوك مع مسترشدتهم في العلاج الفردي، فاقم يستخدمونها أيضا مع أعضاء المجموعات الإرشادية، سواء خلال الجلسات الجماعية أو تعيين الواجبات البيتية.

فعلى المستوى المعرفي تتضمن هذه الفنيات مناقضة نشطة وقوية Active disputing للمعتقدات المختلة وظيفيا، واستخداما لجملة المواجهة الذاتية، والمرجعية "Referenting" (عمل قائمة والتفكير ب-) مضار القهريات والادمانات، وإعادة التشكيل Reframing، والتخيل، وأيضا تعبئة تقارير (ع.ع.أ) للمساعدة الذاتية RET

Self-Help Reports، والنمذجة، وحل المشكلة، واستخدام كتب ومؤلفات العلاج العقلاني الانفعالي، وطرق التسلية المعرفية، والاحتفاظ بسجلات عن الجلسات والحديث العقلاني الانفعالي الذي يتم. أما على المستوى الانفعالي، فإن نيات (ع.ع.أ) تتضمن حمل مواجهة ذاتية فعالة والتخيل العقلاني الانفعالي وتمارين مهاجمة الخجل ولعب الأدوار واستخدام القصص والخرافات والقصص المماثلة وتقديم المعالج للتقبل غير المشروط للمسترشد، واستخدام المزاح والنكات والأغاني العقلانية الفكاهية. أما على المستوى السلوكي فنيات (ع.ع.أ) تتضمن إزالة الحساسية بالتعرض للواقع **In vivo desensitization** والتعزيزات والعقاب والوقاية أو منع الاستجابة والوقاية من نكسة العلاج والتدريب على المهارات. (Ellis, 1962, 1985, 1988; Ellis & Dryden, 1987, 1991; Ellis & Harper, 1975; Maultsby & Ellis, 1974; Ellis, 1992b: 66). ومن الستينات تضمن (ع.ع.أ) التمارين الجماعية، والتي كانت تعطى بانتظام لجميع أعضاء المجموعة العلاجية خلال الجلسات أو في ماراتون لمدة عشر ساعات والذي كان يعطى لكل مجموعة مرة واحدة في السنة على الأقل. (Ellis, 1969, 1990)، أما التدريبات ذات طابع المواجهة فلقد تم تضمينها للتأكد من أن نوع الجلسات ليس تعليمياً للغاية وأنه أكثر استشارة للنشاط، ولبعث نشاطات ومشاعر قد يظهرها الأعضاء طواعية، ولخلق تجارب ارتداد الخطر، ولدفع الأعضاء للارتباط أكثر ببعضهم البعض ولتشجيع تماسك الجماعة ولتقوية دعم الجماعة، ولتنبئ بعض ردود الأفعال الانفعالية في الحضور الحقيقي لأعضاء المجموعة. (Ellis, 1992b: 65-66)

٤ - العوامل الرئيسية التي تتدخل في تقدم وعمل المجموعة العلاجية:

تساهم العديد من القضايا في عرقلة تقدم عمل المجموعة العلاجية، ومن أهمها وجود بعض المسترشدين الذين يركزون على مشكلاتهم فقط، والمسترشدين السلبيين، والاجتماعيين جداً، بالإضافة إلى هؤلاء الذين لا يقومون بأداء الواجبات البيتية، ومراعاة التركيز على هنا والآآن، والتصدي لأعضاء المجموعة الإرشادية الصعيبين، وفيما يلي شرح لهذه القضايا الثلاث:-

أ- يرى أليس أن هناك عدة مؤشرات لقضايا مهمة يجب أن يتم تناولها ومعالجتها بشكل جيد في الجماعة والتي تساهم بشكل رئيسي في سير العملية العلاجية الجماعية مثل: المسترشدين الذين يستغرقون بالاهتمام في مشكلاتهم فقط دون مشكلات الأعضاء الآخرين وكوهم غير يقظين خلال الجلسات الجماعية وكوهم سلبيين للغاية مع الأعضاء الآخرين الذين يظهرون مساعدة لأنفسهم على التحسن، وتقديمهم لنصائح عملية لأعضاء آخرين بدلاً من دحض ومناقضة فلسفتهم اللاعقلانية، وكوهم اجتماعيين جداً عوضاً عن أن ينتهبوا ويكونوا أكثر جدية بشأن مشاكلهم ومشاكل الآخرين، ومغادرتهم الفورية للجلسة وعدم انتظارهم الجلسة التالية التي يتولاها أحد مساعدي المعالج، ومقاطعتهم الوقحة للآخرين أثناء سير الجلسة، وعادة ما يتدخل أليس بوقت مبكر وبمجرد ظهور مثل هذه الأمور، ويشير مثل هذه القضايا مع أصحابها حيث أنها تتدخل في عملية تقدم المجموعة أو يثيرها مع المجموعة ككل.

وتكون استراتيجية تدخل أليس عادة مباشرة ومواجهة، مثلاً قد يسأل (س) "أنت دائماً تعرض مشاكلك أمام المجموعة ولا يوجد ما يشير إلى أنه لديك مشكلة في التحدث عنها. لكنني نادراً ما أسمعك تتحدث عن أي شيء للأعضاء الآخرين بشأن مشاكلهم. عندما تجلس هناك صامتاً بينما جميعاً يتكلم مع واحد من أعضاء المجموعة، أنا أشك بأنك تكون تتحدث كثيراً مع نفسك ما لا تقوله للمجموعة، هل أنا محق بما أقوله؟ إذا كنت كذلك، ماذا تقول لنفسك

لمنع نفسك من التحدث مع الآخرين؟" وغالبا ما يعطى هذا المسترشد واجبا للتحدث على الأقل ثلاث مرات في كل جلسة عن قضايا الآخرين.

وهناك تدخل أكثر عمومية - ويكون عادة مباشرا - ويتم كما يلي "بعض الأعضاء في الآونة الأخيرة لا يقومون بواجبهم البيئية كما يجب أو يقومون بما بأسلوب مهمل لا مبال فدعونا نناقش ذلك الآن ونرى إذا كنت لاحظ بشكل صحيح ولنرى ماذا علينا أن نفعل حتى ندرك أهمية الواجبات البيئية، ولننظم ما ستقومون به لاتباع أدائها بشكل متكرر أكثر وأدق".

أما إذا كانت عملية العلاج الجماعي تسير جيدا، وأعضاء المجموعة، وبشكل ثابت، يجلبون ويعالجون مشاكلهم داخل الجماعة وفي حياتهم خارج الجماعة فإن تدخلات المرشد نسبيا تكون قليلة، لكن يجب وبشكل مستمر أن يقوم المعالج بتوجيه الأسئلة، وتحدي، ونصح، ومواجهة الأعضاء بشأن مشاكلهم الفردية. إن المعالج معلم نشيط فعال ومواجه ومقنع ومشجع، ومقترح لواجبات بيئية، ويتكلم عادة أكثر من أي عضو خلال الجلسة العلاجية، وهو يحاول أن يتأكد من أنه لا يعطي محاضرات طويلة، أو يبقى النقاش عنده لمدة ليست قصيرة، وأسئلته وتعليقاته لهذا تكون متكررة ولكن موجزة. (Ellis, 1992b: 71-73)

ب . تنشيط هنا والآن Here – and – Now Activation

ويستمر أليس في التوضيح لأعضاء المجموعة كيف أن سلوكهم في المجموعة غالبا - لكن ليس دائما - هو مرآة لسلوكهم خارج المجموعة. مثلا: إذا تحدث أحد الأعضاء بمدة مع عضو آخر، فقد يسأله أليس "يبدو أنك غاضب الآن من (ص)، هل أنت معترض فقط على سلوكه، والذي من المحتمل أنك لا توافق عليه؟ أو هل أنت وكما أسمعك تقوم به، تدينه بسبب إظهاره لهذا السلوك؟" فإذا اعترف (س) بغضبه نحو (ص)، يقوم أليس وبقية أعضاء المجموعة بتوجيه سؤال "ماذا تقول لنفسك الآن لتجعل نفسك غاضبا؟ ما هو مطلبك من (ص)؟" وإذا أنكسر (س) أنه انتقد (ص) بغضب، يقوم أليس بسؤال بقية المجموعة "بماذا تفكرون وتشعرون بشأن رد فعل (س) نحو (ص)؟ هل أنا لوحدي أعترض على غضبه أم أنكم ترون كما أرى أيضا؟" فالمعالج هنا يحاول التوصل إلى ردود أفعال المجموعة نحو (س) فإذا وافقت المجموعة بأنه فعلا كان غاضبا من (ص)، يعود إلى توجيه السؤال التالي إلى (س) "ماذا تحدث نفسك الآن لجعلها غاضبة؟"، كما أن المعالج والآخرين سيحاولون مساعدة (س) على أن يدرك أنه في عالمه الخارجي أيضا فهو غالبا ما يكون غاضبا وأكثر مما أقر به، وأنه يحدث نفسه بنفس نوع المطالب التي يوجه غضبه نحوها.

ج . العمل مع أعضاء المجموعة الإرشادية الصعيبين

'يعد أحد أنواع أعضاء المجموعة الصعيبين هو ذلك المسترشد الذي يتدخل في عملية وتقديم المجموعة، فهو يقاطع الآخرين، ويعلق بأنهم لا قيمة لهم لأنهم لم يغيروا طرقهم في التفكير، وغالبا ما يحتكر المجموعة، وهذا العضو غالبا ما تكون معتقداته الإلزامية الجوهرية عبارة عن (ج/١) "يجب أن أقول ما أريد أن أقوله فوراً وإلا فسأفقدته ولن أتمكن أبداً من قوله، وإن هذا سيكون أمراً رهيباً مخيفاً". (ج/٢) "إذا لم أقدم جملاً لامعة للمجموعة أكثر مما يقدم أي من الأعضاء الآخرين، فأنا إنسان غير كفؤ، فعلياً أن أغلق فمي ولا أنطق أي حرف أبداً". وهنا يوضح المعالج وأعضاء المجموعة له كيفية دحض وتغيير هذه الأفكار إلى تفضيلات وليس ضروريات، تتضمن تحدته وسماع المجموعة وأن يقدم مساهمات جيدة في المجموعة. كما يعطي بعض الأعضاء الفرصة للتحدث أولاً. أما النوع الثاني فهو الذي نادراً ما يتم الواجبات البيئية الذي سبق له الموافقة عليها أو قد يكملها بإهمال وتلكؤ. وهنا يطلب المعالج منه أن يبحث عن أفكاره

اللاعقلانية الذي يحملها بشكل علني أو تكتيكي وتحول بين إنجاز هذه الواجبات البيتية، والتي قد تكون "انه من الصعب القيام بهذا الواجب اللعين، في الحقيقة انه صعب للغاية، وما كان يجب أن يكون على هذه الدرجة من الصعوبة. وأنا أستطيع تحسين حالي بدون القيام بها، مع أن الآخرين يقومون بالواجبات البيتية، لا بأس، أنا لن أقوم بها".

ويتدخل المعالج وأفراد المجموعة الإرشادية للبحث عن المعتقدات التي يحملها والتي تعزّل أداءه للواجبات البيتية، ولعمل قائمة بالمضار المترتبة على عدم إنجازها، ولقيامه بمراجعة القائمة خمس مرات على الأقل يوميا، ولدحض معتقداته اللاعقلانية بقوة وبشاط، وللإستمرار في القول لنفسه عبارات ذاتية مواجهة عقلانية بديلة، ولإستعمال التخيل العقلائي الانفعالي لجعل نفسه يشعر بالأسف وعدم السرور ولكنه ليس مرعوبا وتمرّدا بشأن أنه من الواجب عليه القيام بالواجب البيت.

نوع ثالث من الأعضاء الصعبين وهو الذي يكون سلبيا للغاية، مؤدبا جدا، وغير مشارك أبدا. ويقترح أليس التعامل مع هذه الحالة بتركه لعدة أسابيع حتى يتمكن من تكييف نفسه لإجراءات وبعض مبادئ العلاج العقلائي الانفعالي، ثم مباشرة يتم سؤاله بشأن السلبية وقلة المشاركة، وإذا أقر بسلوكاته فيشجعه المعالج على البحث عن أفكاره المعوقة المعترضة وأن يدحضها بنشاط مثلا: أحد الأعضاء الذي يستمر في التحدث لنفسه قبل أن يفكر في الحديث أمام المجموعة. "ماذا إذا قلت كلاما غبيا، سيضحك الجميع عليّ، سأكون تماما غبيا، أتم جميعا أذكي مني ويعرفون أكثر كيفية استخدام (ع.ع.أ)، لن أتمكن أبدا من قول أي شيء ذكي أو أن أكون مساعدا لأعضاء المجموعة الآخرين، يجب أن أترك المجموعة وأتحول للعلاج الفردي، حيث الحديث أسهل فأنا فيه أتحدث فقط عن نفسي ولست مضطرا لمساعدة الآخرين في مشكلاتهم".

وبالطبع يقوم المعالج وأعضاء المجموعة هنا بمناقضة تنسيبات واستدلالات هذا المسترشد الزائفة تجريبيا، أو غير الواقعية والحقيقية، ويروونه بأنه ليس مضطرا أن يقول شيئا غبيا، وأن المجموعة قد لا تضحك عليه حتى لو قال شيئا غبيا، وأن بقية الأعضاء ليسوا بالضرورة أذكي منه وأنه إذا استمر بالمحاولة فقد يكون قادرا على قول شيء ذكي ومساعد للأعضاء الآخرين وكالعادة فالمعالج أيضا يوضح له وبطريقة رائعة أنه حتى لو قال شيئا غبيا، ولو ضحك أعضاء المجموعة عليه، وحتى لو أن الجميع أذكي منه، حتى لو لم يتمكن من قول شيء ذكي أو يكون مساعدا للآخرين، فإنه ما زال لسن يكون أبدا إنسانا غير كفؤ أو سينا بل سيكون إنسانا يتصرف الآن بشكل سيء وأنه دائما يستطيع تقبل واحترام نفسه، بينما يبقى غير متحمس بشأن بعض من صفاته وسلوكه.

إن العلاج العقلائي الانفعالي الجماعي موجه نحو مساعدة جميع المسترشدين على أن يوفروا لأنفسهم تقبلا ذاتيا غير مشروط، وأن يرفضوا ويحاولوا تغيير العديد من سلوكياتهم المختلة وظيفيا، لكن دائما، نعم، دائما أن يتقبلوا ذواتهم ككائنات بشرية. نعم سواء قاموا أو لم يقوموا بالأعمال بشكل جيد، وسواء تقبلهم أو أحبهم الآخرون المهمون أم لا.

إن هذه واحدة من وجهات نظر العلاج العقلائي الانفعالي العظيمة، والتي غالبا ما تؤدي لنتائج جيدة مع المسترشدين الصعبين. إن هذا الجانب العلاجي يبدو أكثر فعالية في العلاج الجماعي مقارنة بالعلاج الفردي. لأن جميع أعضاء المجموعة يتم تعليمهم على تقبل ذواتهم والآخرين بدون شروط، وبمجرد عندما تظهر إداة للذات بكل ما في الكلمة من معنى أمام المجموعة لا يتم تقبلها بشكل غير مشروط فقط من قبل المعالج (وهو المدرّب على القيام بمثل هذا التقبل)، لكن غالبا ما يتم تقبلها من قبل الأعضاء الآخرين وهكذا أو بالتالي تشجع الفرد وتحرضه على تقبل ذاته بدون شروط. (Ellis, 1992b: 73-76)

٥. العلاج العقلاي الانفعالي للأطفال والمراهقين:

تتسم فيما يلي عرض لتطور ومفهوم العلاج العقلاي الانفعالي الخاص بالأطفال والمراهقين؛ وللقواعد المؤدية لنجاح العلاج العقلاي الانفعالي مع هذه الفئة:-

أ- تطور ومفهوم العلاج العقلاي الانفعالي للأطفال والمراهقين

يعتبر العلاج العقلاي الانفعالي من الأساليب العلاجية ذات التاريخ الطويل في استخدامه من قبل المرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المدارس لمعالجة أنواع عديدة من مشاكل الأطفال والمراهقين التوافقية الانفعالية مثل (القلق الشديد والاكئاب والغضب الحاد والانسحاب الاجتماعي) (Bernard, 1990:249)، ومشاكل الاضطراب السلوكي (DiGiuseppe, 1988)، والتحمل الضئيل للإحباط (Knaus, 1983)، والسلوك الاندفاعي (Kendler & Fichler, 1983)، والقلق والخوف، والمخاوف المرضية (Griger & Boyd, 1983)، والعزلة الاجتماعية (Halford, 1983) والبدانة (Forey & Kondo, 1983)، والاكئاب (DiGiuseppe, 1986)، ومشاكل الأطفال والمراهقين الجنسية (Walen & Vaderhorst, 1983) (Bernard, 1991:319)، والمبدئية والعصاوية (Kachman, 1990)، وتقدير الذات المتدني (Knaus & Boker, 1975, Kachman, 1990)، وفي حالات القلق الحاد والانسحاب المفرط والاتكالية الشديدة والضبظ الضعيف للغضب، التماثل الاجتماعي الضعيف ومفهوم الذات السلمي وضعف الأنا (Voelm and others, 1984) واللاعقلانية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، (Vestre & Judge, 1989).

ويعتبر "برنارد وجويس" Bernard & Joyce (١٩٨٤) من أوائل الباحثين الذين استخدموا طرق العلاج العقلاي الانفعالي في معالجة سوء التوافق عند الأطفال والمراهقين وذلك في نموذجهم التعليمي الذي يصف كيفية معالجة مشاكل المراهقين والأطفال في سن المدرسة، السلوكية، والانفعالية والاجتماعية والتعليمية (Bernard & Joyce, 1984). (Bernard, 1991:319)

إن العلاج العقلاي الانفعالي يتبنى التمييز المطلق للفروق الفردية الكبيرة الملاحظة من خلال أسلوب رد فعل الطلبة في المدارس أو غيرها لنفس الحدث، سواء كان الحدث المضايقة teasing أو الفشل في الأداء أو الانتقاد أو الرفض الوالدي أو المعاملة غير العادلة أو المهمات الخبطة والصعبة. والأطفال والمراهقون من نفس السن يخبرون درجات مختلفة من السلوكيات والانفعالات التوافقية وغير التوافقية. وبشكل خاص هذا وضعهم بعد أن يدخل الأطفال والمراهقون مرحلة التفكير الإجرائية العيانية Concrete Operational حسب تعريف بياجيه، حيث يبدأون بنشاط يتأملون ويفكرون في بيئتهم، وبينما يدخل الأطفال هذه المرحلة النمائية فهم يصبحون أقل تأثراً بالأحداث الإدراكية المباشرة الواقعة في بيئتهم، ويبدأون في أن يكونوا أكثر استقلالية في تفكيرهم وبشكل خاص يفكرون بشكل أكثر في أشياء حدثت معهم في الماضي أو في المستقبل. ومن منظور العلاج العقلاي الانفعالي، فإن نظام المعتقدات وعمليات التفكير المنطقية للأطفال تحدد وبطريقة أساسية المدى الذي يستطيعون فيه بشكل متوافق لأحداث معينة يواجهونها. ويؤيد العلاج العقلاي الانفعالي نتائج الأدب النمائي المعرفي والذي يشير إلى تعقد وتمايز متوال، ومتدرج للقدرات الإدراكية، والرمزية المثلة، والمنتجة للمعلومات، وعلى أية حال فإن العلاج العقلاي الانفعالي يستند

إلى نظرية معينة تفسر لماذا يجلب بعض الأطفال وليبتاهم المباشرة أنظمة معتقدات لا عقلانية وعمليات تفكير خاطئة (مغلوطه) والتي تمثل مستوى النمو الإدراكي لديهم. (Bernard, 1991:320)

ويجسد العلاج العقلاني الانفعالي النتائج التي توصل إليها "توماس وتوماس" Chess & Thomas (1985) وباحثون آخرون والذين وجدوا أن الأطفال يولدون بنماذج سلوك ثابتة وموثوق بها **Reliable & Consistent**، والتي تؤسس مزاجهم (مستوى النشاط، الانتظام، التكيفية (القدرة على التكيف)، الأسلوب الانسحابي، الحساسية الجسدية، شدة ردود الفعل، قابلية الشرود، المزاج السلبي/الإيجابي، المثابرة والإصرار (Persistence) ولقد ناقش منظرو العلاج العقلاني الانفعالي (DiGiuseppe, 1988) فكرة أن جميع الأطفال يولدون بدون قدرة على التحمل **NFT) No Frustration Tolerance** بالإضافة إلى ذلك فلقد وصف هؤلاء المنظرون ومنذ سنوات عديدة (Ellis, Moseley, & Wolfe, 1966) الاختلافات في النماذج الوالدية وكيف أنها بالإضافة إلى المشاعر الوالدية تؤثر على نمو الأطفال. وعلى سبيل المثال عرف هوك Hauck (1967) النموذج الوالدي غير الطيب والقاسي الصارم بأنه (الطاعة العمياء للسلطة مدموجة بضربة موجهة نحو الأنا)، واعتبره يساهم في أحداث تدن لتقدير الذات عند بعض الأطفال، وللإحساس بعدم الأمان، والشعور بالذنب بالإضافة للسلوك التجنبي والاعتمادية الكلية والاذعائي الخاضع. أما النماذج الوالدية غير الصارمة والتي تتضمن وضع الوالدين لبضعة قوانين وحدود، فلقد ارتبطت لدى أدب العلاج العقلاني الانفعالي بالأطفال الذين يظهرون تحملاً ضئيلاً للإحباط، وعدم قدرة على تأخير أو تأجيل الإشباع. ولقد أشار برنارد وجويس Bernard & Joyce (1984) إلى أن أمراض الأطفال النفسية تنجم عن تفاعل المزاج الخاص (الطبع) Temperament بالطفل، مع الأسلوب الوالدي، وأن النمو التكيفي يحدث بشكل خاص بسبب الدمج الجيد بين أسلوب التربية الوالدية ومزاج الطفل. ومن الناحية الكليينكية فإن ممارسي العلاج العقلاني الانفعالي ومن موقع الرقيب والحارس ينتبهون إلى الأطفال ذوي التحمل الضئيل للإحباط وغير الملائم للمرحلة العمرية الخاصة بهم والذين لديهم مشاكل تتعلق بالأنا وبشكل خاص الرعة للتفكير الهادم للذات ومنهم كناوس Knaus (1985)، كما يركزون على فهم الأسباب التي تجعل هؤلاء الأطفال يفكرون ويشعرون، ويتصرفون هكذا، ولذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي يهتم بطبعهم وحساسيتهم والطريقة التي يفكر ويشعر ويسلك بها أبائهم نحوهم. (Bernard, 1991:320-321)

ب- القواعد المؤدية لعلاج عقلاني انفعالي ناجح مع الأطفال والمراهقين

لقد بنيت القواعد التالية على نتاج الخبرة المتراكمة لأكثر من عشرين سنة من العمل في المدارس مع عدد مختلف من طلبة المدارس ومشاكلهم. (Bernard & Joyce, 1984).

(ب/1) الاستعانة قدر الإمكان بوسائل تعليم مادية واقعية متعددة

من الضروري عند العمل مع الأطفال والمراهقين دمج أنواع من التعليم المحدد البناء، والأنشطة التعليمية الإقناعية، وهذا يستدعي تزويد المسترشد بوسائل بصرية مساعدة للتعبير عن الأفكار المختلفة بما فيها " غيوم التفكير"، **Diagrams** كرسوم للمفهوم الذات والرسومات التخطيطية لحدث والتفكير والمشاعر وردود الفعل والتي يتم توضيحها عادة على السبورة.

(ب/2) تحديد هدف واحد (انفعال وسلوك واحد) للتغيير وفي موقف محدد

يعتبر العمل على مستوى متعدد من المشاكل الانفعالية، مثل القلق والغضب سوياً مع الأفكار المتلازمة معها في نفس الوقت، مشكلة عامة. ومن الأفضل العمل على مشكلة واحدة في وقت واحد فقط.

(ب/٣) يجب دائما ربط الدحض Disputation بموقف أو حدث محدد ذي أهمية للمسترشد

وبالتالي يجب التأكد أن المسترشد يفهم أن أفكاره مادية وواقعية حقيقية تجاه أي موقف. فالسؤال لا يكون "أين البرهان على أنك لا تستطيعين تحمل الصراخ عليك؟، لكن "أين الدليل على أنك لا تستطيعين تحمل صراخ أمك عليك عند عودتك من المدرسة متأخرة؟".

(ب/٤) يجب التأكد من مقدرة المسترشدين على شرح العلاقة بين التغيرات في التفكير على المشاعر

فمن المهم جدا أن يتعلم المراهقون أن الطريقة التي يمكن من خلالها إنقاص انزعاجهم الانفعالي والإحساس بشكل جيد Feel Good، هي بتغيير تفكيرهم. مع مراعاة أن هذه الخطوة لا تناسب الأقل ذكاء، ومقدرة لفظية.

(ب/٥) يجب أن يكون المرشد مفعماً بالحيوية والنشاط أثناء عملية الدحض

من المهم جدا استثارة المسترشد لتمييز وتغيير الأفكار اللاعقلانية، والطريقة الوحيدة لذلك هي في قيام المرشد بتعديل سلوكه اللفظي (مثلا: تغيير نبرة الصوت، سرعة الكلام، مستوى الصوت، واللهجة) وسلوكه غير اللفظي (مثلا: القيام من مقعده والتجول داخل الغرفة).

(ب/٦) تكرار نفس النقاش الدحض

إذا ظهر أن المسترشدين لم يفهموا العملية وما زالوا يؤمنون بالأفكار اللاعقلانية، فإن هذا يتطلب تكرارا للنقاشات والأدلة لدحض الاستدلالات والمعتقدات التي يتمسكون بها منذ مدة طويلة ويعتقدون بها بقوة.

(ب/٧) عرض نفس الموقف الصعب، في المستقبل

يجب أن يولد المرشد مع المسترشد جملا وعبارات مواجهة ذاتية عقلانية - Coping Rational Self-statements، والتي يمكن استخدامها لتعديل المشاعر والسلوكات في المستقبل.

(ب/٨) التركيز على الموقف الصعب

ويستدعي هذا استخدام لعب الدور، والنمذجة للجمل الذاتية العقلانية، ثم أن يطلب من المسترشد القيام بتجريب هذه الجمل بشكل علني أو لوحده وأن يمارس السلوك المناسب، في حين يقوم المرشد بلعب دور الأبعاد المختلفة للموقف الإشكالي. وهنا يطلب من المسترشد ملاحظة ومراقبة المرشد أثناء قيامه بالتفكير بصوت عال في موقف إشكالي صعب، بينما يتولى المسترشد لعب دور الطرف الآخر، ثم يتم تبادل الأدوار بينهما.

(ب/٩) تعيين الواجبات البيتية

يجب أن يتدرب المسترشد على بعض المهارات التي تم تعلمها في الجلسات الإرشادية مثلا: (المراقبة الذاتية للانزعاج الانفعالي واستخدام الجمل الذاتية العقلانية التي تم تسجيلها داخل الجلسة، والقيام بمواجهة الأشياء التي كان يعتقد المسترشد أنه لا يستطيع تحمل حدوثها (مثل: رفض والده السماح له بزيارة صديقه، وذلك خارج بيئة الجماعة الإرشادية. (Bernard, 1991:336-337)

القسم الخامس

العلاج المعرفي السلوكي

سيتم في هذا الفصل عرض لمفهوم مدرسة العلاج المعرفي السلوكي ، وهو القاعدة العلاجية التي استند إليها البرنامج الإرشادي الثاني المقترح في الدراسة الحالية ، ولغايات التوضيح والمقارنة سيتم تقديم لعلاقة العلاج المعرفي السلوكي بكل من العلاج العقلاني الانفعالي ، والعلاج السلوكي ، نظرا للتداخل الكبير بين هذه الأساليب العلاجية الثلاثة ، كما سيتم توضيح لأنواع وأهم رواد العلاج المعرفي السلوكي .

أ - العلاج المعرفي السلوكي وعلاقته بالعلاج العقلاني الانفعالي :

لقد أصبحت فنيات العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy (ع.م.س) وبشكل متزايد تتمتع بشعبية واستخدام عال لدى ممارسي ومعالجي الصحة النفسية . وفي الحقيقة ، هناك زيادة ٦٠٠% في اهتمام المعالجين في العلاج المعرفي منذ ١٩٧٠ ، (Freeman & Dattillio, 1992) . ولقد أشارت التقارير المقدمة من ١١٣ معالجا نفسيا انتقائيا (علاج مصمم ذاتيا) أن أكثر ثلاثة اندماجات نظرية استخدمت في ممارستهم قد تضمنت العلاج (السلوكي والمعرفي والمعرفي السلوكي) . (Alford & Nocross, 1991)

ويعود هذا للأسلوب العملي التي تتمتع به فنيات هذا العلاج في معالجة العديد من الاضطرابات ، كما أنه مكيف لفترة علاج قصيرة ، وهو يتسجم مع الأنواع العلاجية الأخرى ، ويبدو أن مفاهيمه تضع في الاعتبار وتناسب التطورات النمائية الحالية في علم النفس المعرفي وعلم النفس الاجتماعي ، وأيضا المساهم الأخرى لعلم النفس التطوري (Beck, 1976) ، كما يضم فنيات من المدرسة التحليلية السيكودينامية ومن الاتجاهات الأخرى (Beck, 1985). (Dattillio & Freeman, 1994 : xv - xvi)

ويعتد العلاج المعرفي السلوكي حديثاً نسبياً فلقد بدأ في السبعينات ، بل لم تظهر بحوث فيه قبل عام ١٩٧٠ ، ولكن بينما اتسع الاهتمام بالبحث الكلينيكي في العلاج المعرفي بين أنصار التعلم الاجتماعي في السبعينات ، فإن تغيير الأفكار اللاتوازمية للعملاء كان موضع الاهتمام المركزي لعدد من المعالجين منذ عقود ، ولعل أشهرهم في مرحلة ما قبل السبعينات (غير أدلر) هو ألبرت أليس مؤسس مدرسة العلاج العقلاني الانفعالي ، وفي الكتابات الحديثة يؤكد أليس Ellis (١٩٧٣) على التشابه بين مدرسته وبين صور العلاج السلوكي المعرفية التوجه (لويس مليكة ، ١٩٩٤ : ١٧٤ - ١٧٥) ، حتى أنه قام حديثاً بتغيير اسم مدرسته العلاجية لتصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي . (Ellis, 1993, Corey, 1997 : 318)

ولقد توصل " ليدويدج " Ledwidge (١٩٧٨) في مراجعة للبيانات الناتجة عن أبحاث تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy (CBT) ، والعلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy (RET) إلى " أن أليس كان محقاً بشكل واضح في تحليله للتفكير اللاعقلاني باعتباره

السبب الرئيسي للاضطراب الانفعالي . (Lipsky , 1978 : 2) ، ولقد عرف آرون بيك Aaron Beck (١٩٧٠) العلاج المعرفي بأنه " مجموعة العمليات التي تركز على معارف المسترشد (اللفظية والصورية) ، وعلى المقدمات

والافتراضات والاتجاهات الرئيسية في هذه المعارف (Beck, 1970 : 187)، ولقد أشار ميشنبوم
Meichenbaum (1977) إلى أن منهج بيك قريب جدا من منهج أليس (Lipsky, (Ellis,1962)
1978:6-7)

قدم "بيك" Beck (1970، 1971، 1974، 1976، 1978) باعتباره أحد الرواد ذائعي الصيت في
العلاج المعرفي السلوكي وجهة نظره حول السببية في انفعالات الناس والتي كانت إلى حد ما متقاربة مع ما طرحه
أليس سابقا (1962، 1975)، ووصف بيك في مراحل الأولية (1971) هذه العلاقة السببية على اعتبار أنها
تظهر من خلال ثلاث مراحل :-

١- يظهر حدث في البيئة ويتم إدراكه

A

٢- يتم فهم الحدث ومن ثم التوصل إلى استنتاجات بشأنه

B ، وحيث أن هذا المضمون المعرفي أو المعنى

يكون مرتبطا بمشاعر معينة خاصة فأن

المرحلة التالية تحدث وهي :

٣- الاستشارة الانفعالية التي تنتج بشكل فوري ومباشر

C

ولقد بذل بيك (1976، 1978) جهدا خاصا مميزا ليدلّل على الخاصية التلقائية لمضمون التفكير في المرحلة الثانية
(B) . ولقد أشار إلى أن هذه الأفكار التلقائية تظهر بشكل مختصر وغالبا لا شعورية (Beck, 1976) . ولقد
ناقش بيك (1974، 1976، 1978) فكرة مراحل الثلاث والتي قدمتها أيضا نظرية أليس العلاجية (1975) ،
1972) حيث تعود A للحدث وإدراكه ، وتعود B للعملية المعرفية المترتبة على A وتعود C للنتائج
الانفعالية ، ومع أن هذا يؤكد على التشابه بين وجهتي نظر الطريقتين لكن من الخطأ الاستنتاج بأنهما نفس الشيء .
فلقد أكد أليس (1975) كثيرا على تغيير وجهات النظر الفلسفية اللاعقلانية في B والتي اعتبرها سبب الانفعالات
اللاكتيافية التي تظهر في C ، في حين وضع بيك (1971، 1976، 1978) تأكيدا أكثر على تصحيح خطوات
جمع المعلومات الخاطئة في A ، وعملية التوصل إلى استنتاجات في B واللتين اعتبرهما سويا أكثر مسؤولية وبشكل
مباشر عن الانفعالات السلبية في C . وبينما تحرك أليس بصورة أكثر سرعة لإنتاج تغيير فلسفي ، فلقد سبقه بيك
لإدخال مهارات علمية ومنطقية محددة والتي بها يمكن للمسترشد أن يصادق على صحة عملية تفكيره على ضوء
الدليل المستمد من العالم الحقيقي وقوانين المنطق . (McGowan , 1980: 9)

وبشكل عام فإن التقارب بين الأسلوبين قوي للغاية كما يقول أليس (1992) " لقد أسست العلاج العقلاني
الانفعالي عام 1955 بدعوى لبعض مبادئ الفلسفة والعلاج المعرفي النفسي السلوكي " .

(Ellis , 1992b,;63) (Ellis , 1957a , 1957b , 1962)

وفي مجال العلاج الجماعي العقلاني الانفعالي واستاده إلى طرق العلاج المعرفي السلوكي يقول أليس (١٩٩٢ب) " عندما بدأت العلاج الجماعي (ع.ع.أ) عام ١٩٥٩ ، قمت تقريبا باستخدام جميع طرق العلاج المعرفي السلوكي (ع.م.س) التي سبق لي استخدامها مع مسترشدين في العلاج الفردي " ، (Ellis , 1962 , 1982 , 1990) كما قام معالجون آخرون في " العلاج الجماعي (ع.م.س) بإتباع إجراءات مشابهة لما قمت به وبشكل واسع " .

(Lazarus , 1968 ; Rose, 1980 ; Upper & Ross , 1980, Ellis,1992b :64)

إن ميزة العلاج الجماعي العقلاني الانفعالي والمعرفي السلوكي أنهما يتعاملان على مستوى عال من الشعور مع أعضاء المجموعة كأشخاص يفكرون ويشعرون ويتصرفون ، والذين يجعلون أنفسهم مضطربة من خلال تفاعل الأبعاد الثلاثة هذه ، والذين يستطيعون أن يروا بشكل أفضل وعلى المستوى الشعوري ، كيف يبنون اختلالهم الوظيفية **Dysfunctioning** وكيف أنهم يستطيعون إعادة بناء نماذجهم الحياتية ، (Ellis , 1991) (Ellis & Dryden , 1990 , 1991) . وعلاوة على ذلك فإن العلاج الجماعي (ع.ع.أ) و(ع.م.س) يوافقان مبدئيا على حقيقة مفادها أن البشر كائنات اجتماعية تعيش ضمن علاقات بين شخصية ، وفي جماعات ، لذا يبدو مرغوبا إن لم يكن ضروريا بشكل حتمي أن يعالجوا مشكلاتهم المعرفية السلوكية مع بعضهم البعض كما يحدث في العلاج الفردي . كما أن هذا النوع من العلاج الجماعي يغطي مدى واسعا متباينا من الأهداف والمشكلات ، فالجماعات العلاجية قد تكون متجانسة (مثلا تتضمن أعضاء يعانون من نقص في المهارات ، أو تناول الكحول ، أو مشكلة التأجيل والمماطلة) وقد تكون غير متجانسة (مثلا تتضمن أنواعا مختلفة من الأفراد المضطربين) . ويقول أليس (١٩٩٢ب) " أنه في حين لا يبدو نوع معين من العلاج النفسي مناسباً للمساعدة النفسية لأفراد هذه الأنواع المختلفة من الجماعات العلاجية ، فإن العلاج العقلاني الانفعالي والمعرفي السلوكي يتضمن أنواعا عديدة مختلفة من الفنيات التي يمكن بسهولة تكييفها لأية مجموعة علاجية " . ويتيح استخدام العلاج الجماعي (ع.ع.أ) و(ع.م.س) فرصة أكبر لتعلم سلوك إيجابي ، ولعدم تعلم السلوك الهازم للذات . (Ellis , 1962 , 1982 ; Lazarus , 1968) (Ellis , 1992b :78)

إن العلاج الجماعي المعرفي السلوكي والعقلاني الانفعالي يقدمان احتمالات وإمكانيات فريدة لاكتشاف كفاءة فنيات العلاج الجماعي ، فهما يتضمنان دائما إجراءات عديدة محددة خاصة مثل **Disputing** للاتجاهات المختلة وظيفيا ، والكشف عن المشاعر المخجلة ، وإعطاء نشاطات الواجبات البيتية . وأن كلا من هذه الفنيات يمكن استعمالها أو عدم استعمالها في الدراسات التدريجية المضبوطة وذلك لتحديد مدى كفاءة أو عدم كفاءة كل منها لأنواع مختلفة من الجماعات والمواقف **Settings** . ويقترح أليس (١٩٩٢ب) في هذا المجال أنه إذا تم إجراء العدد الكافي من هذه الدراسات التجريبية ، فإن أنواعا مختلفة من الطرق التي يتم استخدامها الآن في العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي قد تنقلص تدريجيا إلى عدد قليل نسبيا من الطرق الفعالة جدا . ولأسباب مثل هذه فإن العلاج الجماعي (ع.ع.أ) و(ع.م.س) سيصبحان أكثر رواجاً مع مضي الزمن وسيندمجان بشكل متزايد مع العديد من الأنواع الأخرى للعلاج الجماعي . وفي نفس الوقت فإن العلاج الجماعي والفردي

(ع.ع.أ و ع.م.س) سيستمران في التغير تبعاً لتطور ونمو المجال الكلي للعلاج النفسي. كما أن البعض من أساليبهما العلاجية الحالية والأكثر شعبية سيأخذ في التراجع ، والبعض الآخر (بما فيها التي لم يتم اكتشافه لآن) ستردهر وتنجح . ومثل العلاج السلوكي وعلى عكس العديد من الطرق العلاجية الحالية الأخرى ، فإن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي يفضلان أسلوب التجريب العلمي للتحقق من كفاءتهما ، ولذا نتج عنهما مئات من الدراسات المضبوطة (Hollon , 1993 ; Lyons & Woods , 1991) ، وإذا ما استمرت هذه المزايا والخصائص وكما تنبأ أليس فإن العلاج النفسي المعرفي السلوكي والعقلاني الانفعالي سيستمران في التغير والتطور. (Ellis , 1992 b :79)

ب- العلاج المعرفي وعلاقته بالعلاج السلوكي :

قام بيك (١٩٧٠) بتقديم قائمة بالقضايا المشتركة بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي والتي تضمنت:

- ١- المعالجون فعالون ويقدمون تعليمات تفصيلية للمرضى . ٢- الأهداف العلاجية محددة بنهايات مفتوحة . ٣- لا يتعامل المعالجون أبداً مع طفولة المرضى . ٤- يهدف العلاج لتناول الأعراض مع اهتمام المعالج المعرفي الشديد بنظام أفكار ومعتقدات المريض . ٥- لا يتعامل المعالجون مع مضامين افتراضية مثل اللاشعور أو الحيل الدفاعية . ٦- يفترض المعالجون أن المريض قد أكتسب نماذج السلوك اللاتكيفي . وللوصول إلى تغير علاجي يوجه المريض لاختبار أفكاره المشوهة Distorted والمبالغ بها ويدرب على التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية وبين الواقع الموضوعي والتأليف الداخلي Internal Fabrication . ولقد أيد بيرغن وستروب Bergin & Strupp (١٩٧٢) موقف بيك في تصنيفه للعلاج السلوكي في " المعرفي التوجه والسلوكي التوجه " . ويستخدم المعالجون المعرفيون طرقاً تتضمن المواد التفكيرية سواء في شكل معارف (Ellis , 1962 ; Beck , 1970 ; Meichenbaum , 1974) أو تخیلات كما في إزالة الحساسية التدريجية Systematic Desensitization (Wolpe, 1958) أو التخیل المستحث (Induced Imagery) (Cautela, 1970; Ellis, 1962; Lazarus & Abramovitch, 1962; Stampfl, 1967) . (Lipsky , 1978 : 6-7)

ج - الأنواع الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي :

- لقد ظهرت أنواع مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي يلخصها ماهوني وآرنكوف & Mahoney Arnhoff (١٩٨٧) كالتالي :-
- ١- يطور الإنسان السلوك التوازمي أو اللاتوازمي والأنماط الوجدانية من خلال عمليات معرفية مثل الانتباه الإدراكي ، التصنيف الرمزي ١٠٠٠٠٠٠ الخ .
 - ٢- تنشط العمليات المعرفية وظيفياً من خلال إجراءات مشابهة في الشكل بعامة مع الإجراءات العملية في التعلم الإنساني .
 - ٣- يترتب على ذلك أن مهمة المعالج هي التشخيص والتربية فهو يقيم العمليات المعرفية اللاتوازمية ، ومن ثم ينظم خبرات التعلم التي سوف تغير المعرفيات ، ومن ثم أنماط السلوك والوجدان التي ترتبط بها . ويرى ماهوني وآرنكوف أن هناك على ما يبدو ثلاث صور رئيسية من العلاج المعرفي السلوكي هي : ١- العلاج العقلاني

Rational، ٢- العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة **Coping - Skills Therapies** ،
٣- العلاج من خلال التدريب على حل المشكلة **Problem - Solving Therapies** . (لويس مليكة ،
١٩٩٤ : ١٧٥)

ومن الجدير الإشارة إلى العلاج السلوكي الذي بدأ في التوسع في الستينات ، بحيث أصبح يتضمن الإدراكات والسلوك الحقيقي الذي يمكن تعلمه وتعديله . فلقد أضاف ماهوني Mahoney (١٩٧٧) مصطلح "الثورة المعرفية Cognitive Revolution" لوصف المفهوم الجديد ، والذي ميز الأحداث الخاصة والعوامل بين الشخصية سوية مع أهمية المتغيرات البيئية . وهذه الثورة تضمنت عددا من الأشكال والفنيات العلاجية والتي دججت مفهوم الإدراك في علم النفس الكلينيكي السلوكي ، ومع أن هذه المحاولات لتكامل المفهوم المعرفي الإدراكي ضمن العلاج السلوكي قاومها بعض المعالجين السلوكيين ، فان تطبيقات استخدامات دور الإدراك استمر في التآصل (Dobson, 1988b) وباستمرار ممارسة وتقبل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) ، فلقد طور المعالجون السلوكيون وجهات نظرهم للأبعاد الإدراكية في مشكلة الفرد ، وابتكروا فنيات لتعديل الإدراكات . والافتراض الرئيسي الأساسي في هذا النهج هو أن الناس يساهمون في مشكلاتهم النفسية ، وبأعراض معينة ، من خلال الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف في حياتهم . ولدرجة كبيرة فان العلاج المعرفي السلوكي (ع.م.س) يستند إلى فرضية مفادها أن إعادة تنظيم الجمل الذاتية ستؤدي إلى إعادة تنظيم ممانلة للسلوك . ولقد عبر ميشنوم Meichenbaum (١٩٧٧) صاحب مفهوم التعديل السلوكي المعرفي (ت.س.م) عن ذلك من خلال إطار نظرية التعلم قائلا " إن ادراكات المسترشدين تدل على سلوكهم والذي يمكن تعديله ، مثلها مثل السلوكيات الصريحة الظاهرة والتي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر " . ولذا فان الفنيات السلوكية التي سبق استخدامها لتعديل السلوكيات الظاهرة ، مثل الاشراف الإجرائي ، والنمذجة ، والتدريب السلوكي (ممارسة مهارة في جلسة علاجية للاستعداد لموقف متوقع حدوثه) يمكن استخدامها مع سلوكيات غير معلنة أو ظاهرة ، ومع العمليات الذاتية في التفكير والحوار الداخلي . هذا وتتضمن جميع المناهج المعرفية السلوكية أنواعا من الاستراتيجيات السلوكية كجزء من المخزون العلاجي المتكامل. (Dobson & Block , 1988)

وكما ذكر سابقا فان الكثيرين يعتبرون العلاج العقلاني الانفعالي (ع.ع.أ) واحدا من الأمثلة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي . (Corey , 1997 : 319)

ومع أن هناك فروقا نظرية ومنهجية بين هذه الطرق الثلاث (ع.ع.أ و ع.م.س و ت.س.م) ، فإنها تشترك في الخصائص التالية :-

- ١- العلاقة المتعاونة بين المسترشد والمعالج .
 - ٢- المقدمة المتضمنة أن العسر النفسي ينجم عن الاضطرابات في العملية الإدراكية .
 - ٣- التركيز على تغيير الإدراكات من أجل إنتاج تغييرات مرغوبة في المشاعر والسلوك .
 - ٤- البرنامج التعليمي المحدد الوقت والذي يركز على مشكلات مستهدفة محددة مبنية بأحكام .
- (Arnkoff & Glass , 1992 ; Dobson & Block , 1988 ; Weishaar , 1993)

وتستند جميع المناهج المعرفية السلوكية على نموذج تعليمي نفسي Psychoeducational Model محكم البناء ومنظم ، وتؤكد جميعها على دور الواجبات البيئية ، وتضع مسؤولية التغيير على المسترشد ، لذا فهي تفترض دورا

نشطاً للمسترشد خلال الجلسات العلاجية وخارجها . كما أنها تستخدم أنواعاً من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لإحداث التغيير . (Corey , 1997 : 318 - 319)

وفي معرض حديثهما عن العلاج المعرفي السلوكي يرى بيرنستاين ونيستزل **Bernstein & Nietzel** (1980) أن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض العمليات المعرفية ، لكن بعض الإجراءات توجه بشكل خاص لأحداث تعديلات في معرفيات لا توازمية محددة ، وتكون هذه الإجراءات ما يعرف بالعلاج السلوكي المعرفي أو باختصار العلاج المعرفي ، وهو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل ، وتمثل أساليبه العديدة في : التدريب على مهارات المواجهة والتحكم في القلق والتحصين ضد الضغوط وأسلوب صورة الذات المثالية والعلاج من خلال خطأ التسيب **Misattribution** ، والتدريب على حل المشكلة ، والتدريب على التعليم الذاتي ووقف الأفكار وأساليب يبيك المعرفي في علاج الاكتئاب والقلق ، (لويس مليكة ، 1994 : 174) بالإضافة للتدريب على المهارات الاجتماعية .

وسيم في الصفحات التالية تقديم نماذج موضحة لأنواع العلاج المعرفي السلوكي من خلال عرض لمنهج **بيك Beck** (1979) في ما أسماه بالعلاج المعرفي (ع.م) ، ونموذج التعديل السلوكي المعرفي (ت.س.م) لميشينوم **Meichenbaum** (1977) في مجال التدريب على التعليم الذاتي ، والتدريب على مهارات المواجهة ، ونموذج سيبافاك وبلات وشير **Spivack , Platt & Shurr** (1976) والمثل لأسلوب التدريب على مهارات معرفية بين شخصية Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS) لحل المشكلة ، بالإضافة للنموذج المتكامل الذي قدمه دوزريلا وجولدفرايد **D'Zurilla & Goldfried** (1971) في العلاج من خلال مهارة حل المشكلة **(PST) Problem-Solving Therapy** . وأخيراً ، نموذج التدريب على المهارات الاجتماعية بين الشخصية ، الذي أعده جولدستاين وزملاؤه **Goldstein et al.** (1980) والمسمى "العلاج التعليمي المحدث البناء **Structured Learning Therapy** " هذا وسيم التركيز على النوعين الأخيرين من صور العلاج المعرفي السلوكي (التدريب على مهارة حل المشكلة ، والتدريب على المهارات الاجتماعية) حيث أفهما الأسلوبان المثلان لمنهج العلاج المعرفي السلوكي واللذان استند إليهما البرنامج الإرشادي الجماعي الثاني المقترح في الدراسة الحالية .

١- العلاج المعرفي لأرون بيك **Aaron Beck** :

تدرب آرون ت. بيك مثل أليس على التحليل النفسي ، كما أنه أيضاً وجد أن منهج فرويد غير كامل عندما أعاد فحصه في أوائل الستينات ، ولقد عرف منهج بيك بالعلاج المعرفي **(Cognitive Therapy)** (ع.م) والذي يتمتع بعدد من التشابهات الرئيسية مع العلاج المعرفي السلوكي . فهو يشترك معه في المنهج النشط والمباشر ومحدد الوقت والمركز على الشخص ، والمنظم البناء . (Beck , Rush , Shaw & Emery , 1979) ويركز علاج بيك على البصيرة ، ويؤكد على تمييز وتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات غير التكيفية، والتي تعرف

بالأطر التخطيطية* Schemata للفرد . ومنهج بيك مبنى على المنطق النظري بأن أسلوب الناس في الشعور والسلوك ، يتحدد بواسطة الكيفية التي يدركون ويشكلون بها خبرتهم . ولقد طور بيك نظريته مستقلاً عن أليس ، لكن كلا المهجين لديه نفس الهدف وهو مساعدة المسترشدين على تمييز والتخلص من الأفكار الهازمة المغبطة للذات ، ولقد تبادل بيك وأليس الأفكار ونسب بيك لأليس تقديم المفهوم الأساسي الجوهرى بأن معتقدات الناس يمكن الوصول إليها ، وبلفت النظر وحتى الشك بقيمة التركيز على المتغيرات المعرفية كأسلوب لتغيير المشاعر والسلوك . كما اعتبر أليس أن بيك مفكر واضح للغاية قَدَم من خلال أبحاثه مساهمات رئيسية جوهرة للعلاج النفسي، (Weishaar , 1993) ، ولقد نسب أليس لبيك وتلاميذه قيامهم بعمل دقيق غير عادي في جمع معلومات قيمة عن المعتقدات المختلة وظيفيا ، وعن كيف أن تغييرها يؤدي إلى تقدم التحسن العلاجي . (Personal Communication July, 7, 1994, Corey, 1996 : 337)

إن النظرية الجوهرية للعلاج المعرفي لبيك (ع . م) تتضمن أنه من أجل فهم طبيعة حدث أو اضطراب انفعالي فمن الضروري جدا التركيز على المحتوى المعرفي لرد فعل الفرد للحدث المزعج أو سيل أفكاره . (DeRubeis & Beck , 1988)

والهدف من ذلك هو تغيير طريقة تفكير المسترشدين باستخدام أفكارهم الأوتوماتيكية التلقائية للوصول إلى الأطر التخطيطية الخاصة بهم ومن ثم البدء في تقديم فكرة (إعادة بناء الإطار التخطيطي) ، وهذا يتم عن طريق تشجيع المسترشدين على جمع وتقييم البراهين الداعمة لمعتقداتهم . هذا وأشارت الدراسات الكلينية إلى أهمية العلاج المعرفي في معالجة مشكلات مختلفة من الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب والقلق (Beck , 1991) ، كما أستخدم في معالجة الخوف المرضي والاضطرابات السيكوسوماتية ، واضطرابات تناول الطعام والغضب و اضطراب الرعب والإدمان (Beck , Wright, Newman & Liese , 1993) والألم المزمن (Beck , 1987) وفي معالجة الأزمات (Dattilio & Freeman , 1994) . ولقد توصل بيك إلى أن الناس الذين يواجهون اضطرابات انفعالية لديهم ميل لارتكاب " أخطاء ذات خصائص غير منطقية " تجعل الواقع الموضوعي ينحدر في اتجاه التقليل من قيمة الذات Self-Deprecation . ويرى العلاج المعرفي السلوكي أن المشكلات النفسية تنشأ من عمليات اعتيادية مألوفة كالتفكير الخاطئ ، والاستدلالات غير الصحيحة والمبنية على معلومات غير صحيحة أو دقيقة ومن الفشل في التمييز بين الواقع والخيال . وفيما يلي أخطاء التفكير المنظمة التي وضعها بيك واعتبرها مؤدية لظهور الاضطرابات الخاطئة والتي تدعى بالتشويبهات المعرفية . (Beck et al., 1979 ; Beck & Weishaar , 1992 ; Dattilio & Freeman , 1995)

أطر تخطيطية Schemata : طبقا لبياجيه Piaget فهي البشر والمؤشر التنبؤي " والمكافئ الوظيفي " لمفهوم في المرحلة الأولى من الارتقاء الذهني الذي يحدث قبل سن العامين ، والتخطيطات المبكرة تكون حسية حركية في طبيعتها (رؤية ٠٠٠٠ تناول ٠٠٠٠٠٠٠٠ مص ١٠٠٠٠ الح) وكلما كبر الطفل ود هذه الأطر التخطيطية بأشياء خلال عمليتي الاستيعاب Assimilation والمواءمة Accommodation .
(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء السابع ، عام ١٩٩٥ : ٣٣٨٢)

١/١- الاستنتاجات التعسفية **Arbitrary Inferences**: والتي تعود إلى التوصل إلى الاستنتاجات بدون براهين داعمة وذات صلة. وهذا يتضمن " المصيبة **Catastrophizing** " أو التفكير بأسوأ الأوضاع والنواتج لمعظم المواقف . فالمرشد قد يبدأ عمله لأول مرة كمرشد ولديه الاعتقاد بأنه لن يكون مقبولاً أو ذا قيمة من قبل زملائه أو مسترشديه . كما قد يكون مقتنعا بأنه ينجح أساتذته ويتحایل للوصول للدرجة العلمية ، وأن الناس بالتأكيد سيرون ذلك من خلاله .

٢/١- التجريد الانتقائي **Selective Abstractions**: وهي عبارة عن تشكيل استنتاجات مبنية على تفصيل أو جزء واحد من الحدث ، حيث يتم تجاهل المعلومات الأخرى وتضييع دلالة السياق العام للحدث . والافتراض هو أن الأحداث المهمة هي المتعلقة بالفشل والحزنان ، فالمرشد قد يزن قيمته من خلال أخطائه وضعفه ، وليس من خلال نجاحه .

٣/١- التعميم الزائد **Overgeneralization**: وهي عملية اعتناق مبادئ متطرفة مبنية على مؤشر أو حدث واحد وتعميمها بشكل غير ملائم على أحداث ومواقف مختلفة . فإذا وجدت المرشدة صعوبة في العمل مع واحدة من المراهقات (كمسترشدة) على سبيل المثال ، فقد تتوصل إلى أنها لن تكون ناجحة في إرشاد أية مراهقة أخرى . وقد تستنتج أيضا أنها لن تصلح للعمل مع أي مسترشد .

٤/١- التعظيم والتقليل **Magnification and Minimization**: وتتضمن إدراك موقف أو حالة بشكل أكبر أو أقل مما يستحق في الواقع . ولربما ترتكب مثل هذا الخطأ الإدراكي بافتراض أنه من خلال خطأ بسيط في إرشاد مسترشد ، يمكن أن تخلق أزمة له وأنها ستؤدي إلى ضرر نفسي عظيم .

٥/١- الشخصية **Personalism**: وهي نزعة الأفراد لاعتبار الأحداث الخارجية بأنها موجهة نحوهم بشكل خاص حتى مع عدم وجود أساس منطقي للوصول إلى هذا المعتقد . فإذا لم يرجع المسترشد للجلسة العلاجية الثانية فقد يقتنع المرشد بشكل تام أن غيابها يعود لأدائه الإرشادي غير الكفوء خلال الجلسة الأولى . وقد يقول لنفسه " إن هذا الموقف يبرهن أنني خيبت آمال هذا المسترشد في ، وأنه الآن لن يطلب المساعدة الإرشادية مرة ثانية " .

٦/١- التسمية وخطأ التسمية **Labeling and Mislabeled**: ويتضمن ذلك رسم هوية الفرد على أساس النواقص والأخطاء التي حدثت في الماضي ، وجعلها هي التي تحدد هوية الفرد الحقيقية . وهكذا ، إذا لم يكن المرشد قادراً على أن يسلك وفق توقعات المسترشد فقد يقول لنفسه " أنا إنسان لا قيمة لي تماماً ، ويجب أن أتوقف عن مزاوله مهنة الإرشاد على الفور " .

٧/١- التفكير المستقطب **Polarized Thinking**: ويتضمن التفكير والتفسير بكل أو بدون كلمات أو عبارات ، أو تصنيف الخبرات بشكل متطرف أو غير متطرف . وبهذا النوع من التفكير المزدوج ، تصنف الأحداث في عبارات أبيض أو أسود . فقد لا يعطي المرشد لنفسه صفة شخص غير كامل أو مرشد غير كامل . أو قد يرى نفسه بأنه إما المرشد الأشد كفاءة (والذي يعني أنه ينجح دائماً مع كل المسترشدين) ، أو المرشد الفاشل تماماً إذا لم يكن كفوءاً بشكل تام (والذي يعني أنه لا يوجد متسع أبداً لأي خطأ) .

هذا ولقد أشار بيك (١٩٧٦) إلى " أن العلاج المعرفي يتألف من جميع المناهج التي تخفف من العسر النفسي بواسطة تصحيح المفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية " . وبالنسبة له فإن أكثر الطرق مباشرة لتغيير الانفعالات والسلوكيات المختلفة وظيفيا هي في تعديل الأفكار المختلفة وظيفيا وغير الدقيقة . ودور المرشد المعرفي يتحدد في تعليم المسترشدين كيف يحددون أفكارهم المختلفة والمشوهة من خلال عملية التقييم . كما يتعلم المسترشدون ومن خلال جهدهم التعاوني مع المرشد التمييز بين أفكارهم والأحداث التي تظهر في الواقع . ويتعلمون أثر الإدراك على مشاعرهم وسلوكياتهم وحتى على أحداثهم البيئية . إذن المسترشدون يتعلمون أن يميزوا ويلاحظوا أفكارهم والفرضيات ، وبشكل خاص أفكارهم السلبية التلقائية . وبعد أن يكتسبوا البصيرة حول كيفية

تأثير أفكارهم السلبية بشكل غير واقعي عليهم ، يتم تدريب المسترشدين على فحص أفكارهم التلقائية من خلال مقارنتها بالواقع ، وذلك باختبار البراهين المؤيدة والمخالفة لهذه الأفكار ، والتفكير ملياً بها ووزنهما ، وهذا يتضمن الاختبار التجريبي للمعتقدات السلبية ، بالمشاركة الفعالة النشطة في طرق عديدة ، مثل النقاش السقراطي مع المعالج ، وإنجاز الواجبات البيتية وجمع المعلومات عن الافتراضات التي تم وضعها من قبل المسترشدين ، والاحتفاظ بسجل للنشاطات ، وصياغة تفسيرات بديلة ، (Freeman & Dattillio , 1994) ، كما يضع المسترشدون فروضاً تتعلق بسلوكهم ، وبالتالي وفي نهاية المطاف يتعلمون استخدام مهارات تصدي ومواجهة Coping Skills وحل مشكلة محددة . ومن خلال عملية الاكتشاف الموجهة من قبل المعالج ، فانهم يكتسبون بصرية بشأن العلاقة الارتباطية بين تفكيرهم والطرق التي يشعرون ويتصرفون بها . (Corey , 1997 : 337 - 339)

بعض الفروق بين (ع.م) و (ع.ع.أ)

مع أن كلا من العلاج المعرفي (ع.م) والعلاج العقلاني الانفعالي (ع.ع.أ) يشتركان في عملية فحص الواقع والتي تكون منظمة للغاية ، حيث يدرك المسترشدون وعلى مستوى تجريبي أنهم قد أساءوا فهم وتفسير المواقف ، لكن هناك فروقا أساسية ومهمة بين (ع.م) و(ع.ع.أ) وخاصة ما يتعلق بالأساليب العلاجية والنموذج العلاجي . فالعلاج العقلاني الانفعالي مباشر بشكل كبير ، ومقنع ، ويستخدم أسلوب المواجهة ، كما أنه يركز على الدور التعليمي للمرشد ، وعلى العكس فإن العلاج المعرفي يستخدم الحوار السقراطي بتقديم أسئلة بنهايات مفتوحة للمسترشدين لجعلهم يفكرون ملياً في قضاياهم الشخصية وليتوصلوا إلى استنتاجاتهم الخاصة بهم ، كما أنه يضع تأكيدا أكبر على مساعدة المسترشدين في اكتشاف مفاهيمهم المغلوطة والمتعلقة بذراقتهم ، ويستخدم نظاما بنائيا محددًا وواضحًا أكثر مما يفعل (ع.ع.أ) .

ومن خلال عملية الأسئلة التأملية يحاول المعالج المعرفي أن يتعاون مع المسترشدين في فحص صدق وشرعية إدراكاتهم وهي عملية دعاها بيك بالتجريبية التعاونية ، والتغيرات العلاجية هي النتيجة الحتمية للمسترشدين الذين يواجهون معتقداتهم الخاطئة بتقديم براهين مناقضة لها والتي قاموا بأنفسهم بجمعها وتقييمها .

وفي الجانب الآخر فإن أليس يعمل على إقناع مسترشديه بأن بعضاً من أفكارهم لاعقلانية ويريبهم أن هذه الأفكار ببساطة لا تجدي وذلك من خلال عملية (الناقضة) أو الدحض العقلاني Rational Disputation ، ويهدف أليس للقيام بشكل متعمد بجعل مسترشديه يفتشون عن أفكارهم المطلقة والمتشددة (الدوجماتية) ، حتى يتم التخفيف منها بشكل متكرر .

ولقد قدم بيك استثناء لفهوم أليس حول الأفكار اللاعقلانية ، بقوله إن أخبار المسترشدين أنهم " يفكرون بشكل لاعقلاني " يمكن أن يشكل عاملاً مؤذياً وضاراً حيث أن العديد من المسترشدين يؤمنون بأنهم " يرون الأشياء كما هي فعلاً في الواقع " (Beck , 1976 : 246) ، كما أنه اعتبر المعتقدات المختلة وظيفياً بأنها "مسببة للمشكلات النفسية ، لأنها تدخل بالعمليات المعرفية الإدراكية العادية ، وليس لأنها غير عقلانية . (Beck & Weishaar , 1995) .

إن بيك يأخذ وجهة نظر وظيفية أكثر للمعتقدات المتحيزة ، ولا يرى أن هذه المعتقدات مناقضة للواقع بشكل فلسفي كما يفعل أليس (Weishaar , 1993) ، لكنه بدلاً من ذلك فهو يركز على الطبيعة الخاصة للأفكار والافتراضات ، والاستنتاجات غير الدقيقة . ويساعد المسترشدين للبحث عن برهان يدعم وجهة نظرهم والافتراضات . ويؤكد ويدافع بيك أن هذه الأفكار المحددة لا تعتبر لاعقلانية لكن بدلاً من ذلك فهي مطلقة جداً وواسعة المدى ومتطرفة جداً ، والناس بالنسبة لبيك

يعيشون من خلال القواعد Rules والتي من المحتمل أن تؤدي بهم للتعاية وهنا فالمعالج قد يقترح قواعد بديلة أخرى لهم لوضعها في الاعتبار بشكل عملي، وذلك بدون أن يقوم بتجربتها لهم . (Corey , 1997 : 340)

إن مفهوم بيك مشابه جدا لآليس مع وجود بعض الاختلافات في تضمين الفلسفة والعملية التي يتم بها سير العلاج ، هذا ولقد قدم بيك عملا رائدا في علاج القلق والخوف المرضي والاكئاب . وطور إجراءات معرفية محددة ومفيدة في تحدي الفراضات ومعتقدات الشخص الكئيب وفي تزويده بمفهوم معرفي جديد يمكن أن يؤدي به للتغاؤل وتغير السلوك ، ولقد دعمت الدراسات كفاءة علاجه للاكئاب (Hagga & Davison , 1986) حيث الأثر العلاجي لأسلوب بيك على الاكئاب والياس ، يتم الاحتفاظ به لمدة سنة على الأقل بعد العلاج . ويعتبر ويشار Weishaar (1993) أن بيك وضع جسرا موصلا بين التحليلية والعلاج السلوكي فلقد أعاد الخبرة الذاتية الخاصة إلى حقل البحث العلمي المتداول . إن واحدة من مساهمات هذا العلاج أنه من البداية ركز على تطوير مفاهيم حالة مفصلة كطريقة لفهم كيف يرى المسترشدون عالمهم ، وهكذا فإن هذا العلاج يشترك في مفاهيمه الظاهرية مع مناهج الأدلرية والوجودية والتمركز على المسترشد والجشتالط. (Corey , 1997 : 352)

٢- نموذج التعديل السلوكي المعرفي (ت.س.م) ميشنبوم Meichenbaum (1977) :

والذي يعتبر نموذجا للعلاج المعرفي السلوكي من خلال عملية إعادة البناء المعرفي ، إن علاج ميشنبوم ذا التعليمات الذاتية والذي يعتبر بشكل أساسي شكلا من إعادة البناء المعرفي ، يركز على تغيير الألفاظ الذاتية للمسترشد ، وبالنسبة لميشنبوم (1977) تؤثر الجمل الذاتية على سلوك الفرد نفس التأثير الذي تحدثه الجمل الموجهة للفرد من شخص آخر . والمقدمة الرئيسية في (ت.س.م) أن المسترشدين ، وكمطلب سابق لتغير السلوك ، يجب أن يلاحظوا كيف يفكرون ويشعرون ويسلكون والأثر الذي يتركونه على الآخرين . ولكي يحدث التغيير يحتاج المسترشدون أن يتدخلوا ويقاطعوا الطبيعة النصية Scripted لسلوكلهم بحيث يتمكنون من تقييم سلوكهم في مواقف مختلفة . (Meichenbaum , 1986)

ويشترك هذا النهج مع ع.ع.أ و ع.م. لبيك في فرضية أن الانفعالات والعواطف التعيسة المزعجة هي نتيجة الأفكار اللاتكيفية أو كما دعاها لويس مليكة (1994) باللاتواؤمية ، وهناك فروق ، فبينما ع.ع.أ أكثر مباشرة ، ومواجهة في الكشف عن ودحض الأفكار اللاعقلانية ، فإن علاج ميشنبوم للتعليم الذاتي Self-Instructional Therapy يركز على مساعدة المسترشدين ليصبحوا واعين لحديثهم الذاتي . كما أن ميشنبوم يركز على ميكانيزمات التصدي والمواجهة المعرفية ، والذي لاحظ أن المسترشد يفتقر إليها . وتتألف العملية العلاجية من تدريب المسترشد على تعديل التوجيهات والتعليمات المغلوطة التي يوجهونها لأنفسهم بواسطة فنيات الاشراف الإجرائي ، وذلك حتى يستطيعوا مواجهة المشكلات بفعالية أكثر . ويكون التركيز على اكتساب مهارات مواجهة وتصدي عملية خاصة بالمواقف الإشكالية مثل السلوك الاندفاعي ، والعدواني والخوف من الامتحانات ، والخوف من التحدث أمام الناس . وتلعب إعادة تشكيل البناء المعرفي دورا مركزيا في منهج ميشنبوم ، إنه يصف الأبنية المعرفية بأنها "الجدد التنظيمي في التفكير ، والذي يراقب ويوجه عملية اختيار الأفكار (ميشنبوم ، 1977) ويتضمن البناء المعرفي "منتجا تنفيذيا Executive Processor" يمتلك المخطط التنظيمي للتفكير ، الذي يحدد متى يستمر ويقاطع ، ويتغير التفكير .

كيف يتغير السلوك حسب منهج ميشنوم ؟

لقد اقترح " ميشنوم " أن " تغير السلوك يحدث من خلال سلسلة تتابع عمليات توطئة والمتضمنة للتفاعل الحاصل بين الحديث الداخلي والأبنية المعرفية والسلوكيات ونواتجها الناجمة " (Meichenbaum , 1977 : 218)، ولقد وصف ميشنوم عملية تغير سلوكي مؤلفة من ثلاث مراحل والتي من خلالها تتشابك هذه الأبعاد الثلاثة : -

المرحلة الأولى : ملاحظة الذات

تألف الخطوة الأولى في عملية التغير السلوكي من تعليم المسترشدين كيفية ملاحظة سلوكهم ، وعندما يبدأون في العلاج فان حوارهم الداخلي يوصف من خلال الجمل الذاتية السلبية والتخيل . وتعتبر رغبتهم وقدرتهم على الاستماع لأنفسهم محددًا حاسمًا . وتتضمن هذه العملية حساسية متزايدة لأفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم وردود فعلهم النفسية ، وطرق تجاوبهم مع الآخرين . فمثلا إذا أراد المسترشدون الذين يعانون من الاكتئاب إحداث تغييرات بنائية ، فانهم يجب أولاً أن يدركوا أنهم ليسوا ضحية لأفكارهم ومشاعرهم السلبية ، إنما هم في الواقع يساهمون في خلق اكتئابهم من خلال الأشياء التي يقولونها لأنفسهم . ومع أن ملاحظة الذات تعتبر عملية ضرورية لإحداث التغير فهي ليست كافية ، وتتقدم العلاج يكتسب المسترشدون أبنية معرفية جديدة تجعلهم قادرين على رؤية مشكلاتهم في صورة جديدة . وتتم عملية إعادة تشكيل المفاهيم هذه من خلال جهد تعارفي بين المسترشد والمعالج .

المرحلة الثانية : البدء في حوار داخلي جديد

وكتيجة للاتصالات المبكرة بين المسترشد والمعالج يتعلم المسترشدون ملاحظة سلوكياتهم اللاتوافقية ، ويبدأون في رؤية فرص جديدة لبدائل سلوكية توافقية . وإذا رغب المسترشدون في التغير فان ما يقولونه لأنفسهم يجب أن يستعمل بسلسلة سلوكية جديدة والتي تكون غير منسجمة مع سلوكياتهم اللاتوافقية ، وهكذا يتعلم المسترشدون تغيير حوارهم الداخلي من خلال عملية العلاج . ويستعمل حوارهم الداخلي الجديد كموجه لسلوك جديد . وبدورها فان هذه العملية لها ناتج على الأبنية المعرفية للمسترشد .

المرحلة الثالثة : تعلم مهارات جديدة

وتألف المرحلة الثالثة في عملية تعديل السلوك من تعليم المسترشدين مهارات مواجهة فعالة أكثر ، والتي يتم ممارستها في مواقف الحياة الواقعية . (مثال: المسترشدون الذين لا يستطيعون التصدي لفسلهم ، فهم قد يتجنبون القيام بأنشطة تخوفهم من عدم النجاح فيها ، ومن هنا فإن عملية إعادة البناء المعرفي الخاص بهم يساعد على تغيير وجهة نظرهم السلبية ويجعلهم راغبين أكثر في الاشتراك بأنشطة مرغوبة). وفي نفس الوقت ، يستمر المسترشدون في التركيز على القول لأنفسهم جملاً جديدة وفي ملاحظة وتقييم النواتج . ولكونهم أصبحوا يتصرفون بشكل مختلف في المواقف المختلفة فانهم بالطبيعة سيحصلون على ردود فعل مختلفة من الآخرين . وان ثبات ما تعلموه يتأثر بشكل كبير بما يقولونه لأنفسهم عن سلوكياتهم المكتسبة حديثاً وناتجها المترتبة على ذلك . (Corey, 1997 : 346 - 348)

ويعتبر ميشنوم واحداً من الرواد في العلاج المعرفي السلوكي ، ولقد تم استخدام أسلوبه في العلاج (التعليمات الذاتية ، والتدريب على استثارة التوتر) ، بنجاح مع مدى واسع ومختلف من المسترشدين ، وعلى مشكلات محددة . ولقد أثار الانتباه بإظهاره لأهمية الحديث الذاتي (Patterson , 1986) ، ولقد حذر ميشنوم (١٩٨٦) ممارسي العلاج المعرفي السلوكي من الرعة لأن يصبحوا منشغلين جداً بالفنيات ، مقترحا الاهتمام بتطوير نظرية في التغير السلوكي قابلة للاختبار من

أجل حدوث التحسن العلاجي ، ومشيئاً إلى بعض المحاولات التي أجريت لتشكيل نظرية تعلم اجتماعي معرفي والتي تفسر تغيير السلوك وتحدد الطرق الأمثل للعلاج . وتعد المساهمة الرئيسية التي قدمها بيك وميشنوم هي إزالة الغموض عن عملية العلاج النفسي . وكلا المنهجين مبني على نموذج تعليمي يركز على تحالف عمل بين المعالج والمسترشد ، ويشجع المساعدة الذاتية ، ويقدم هذا النموذج تغذية راجعة مستمرة من المسترشد عن كيفية نجاح الاستراتيجيات العلاجية في عملها ، كما يقدم بناء وتوجها لعملية العلاج والتي تسمح بتقييم النتائج . ويتصف المسترشدون في هذين المنهجين بأنهم نشيطون ومطلعون ، ومسؤولون عن توجه العلاج ، لأنهم شركاء في صحة ونجاح العلاج . (Corey , 1997 : 353)

٣- برامج العلاج بأسلوب حل المشكلة Problem - Solving Therapy

لقد أعطى علماء النفس التجريبي اهتماماً متزايداً لكيفية حل الناس للمشكلات ، وامتد نطاق بحثهم أيضاً لأنواع المشاهدة للبشر (Kohler , 1925) ، هذا ولقد تم تطوير أنواع عديدة لتطبيق واستخدام أساليب حل المشكلة على مشكلات حياتية مختلفة تتضمن حل المشكلات المعرفية بين الشخصية (Spivack , Platt & Shurr , 1976) ، وطرق حل المشكلات بأسلوب العلاج بالضبط الذاتي ، كما قدم دوزوريلا وجولدفرايد (D'Zurilla & Goldfried 1971) منهجاً متكاملًا لحل المشكلات . (Kanfer , Goldstein , 1991 : 276)

إن هذه المناهج المعرفية السلوكية قامت لتفسير وعلاج الانفعالات اللاواعية ، ومع أنها غير متماثلة تماماً مع المنهج المعرفي السلوكي ، فإنها (أي المناهج العلاجية بأسلوب حل المشكلة) تعد برامج علاجية معرفية سلوكية تضم أبحاثاً علمية قوية ، كما أن أدلة العلاج الخاصة بما تعتبر من أكثر الأدلة دقة ، حيث تقدم مهارات معرفية محسنة ومعرفة بوضوح (Mahoney, 1974) . (McGowan , 1980 : 1)

ولقد أشار " برازويل وكندال " Braswell & Kendall (1988) إلى أن أسلوب حل المشكلات للمعضلات السلوكية أو بين الشخصية يمثل التوجه العام للعلاجات المعرفية السلوكية . هذا ويمثل التدريب على حل المشكلة أكبر استخدام شامل ومنظم للتعليمات الذاتية أو الحديث الخاص بالفرد والذي اقترحه ميشنوم (1977) كعملية توسطة معرفية لإحداث التغيير السلوكي المرغوب . كما أشار جريشام (Gresham 1985) إلى أن التعليمات الذاتية وحل المشكلة الاجتماعية تمثل استراتيجيات فعالة للتدريب على المهارات الاجتماعية . (Maag , 1989, Bullock, Gable & Rutherford, 1996: 61 - 65)

وتتمكن هذه المهارة المعرفية السلوكية الأفراد من التعرف على طرق فعالة لمواجهة والتعامل مع مشكلاتهم الحياتية . (Bellack , Morrison & Mneser, 1989 ; D'Zurilla & Nezu , 1990)

ولقد تأثرت الممارسة الكلينية لأسلوب حل المشكلة بقوة بالعمل المميز الذي قدمه دوزوريلا وجولدفرايد عام (1971) ، ولقد استمر دوزوريلا وآخرون في تطوير وإدخال تحسينات على النموذج الأصلي لحل المشكلة . ولقد توصلت جهود الباحثين إلى أن استخدام المنهج المعرفي السلوكي في أسلوب حل المشكلة قد يسهل العملية تماماً . (Bedell & Lennox , 1997 : 161)

هذا ويعتبر برنامجاً "سبايفاك وبلات وشير" (1976) ، "دوزوريلا وجولدفرايد" (1971) نموذجين رائدين للبرامج التي ظهرت في مجال التدريب على حل المشكلة وسيتم فيما يلي تقديم شرح لهما على التوالي :-

أ - تبني سبايفاك وبلات ، وشير Spivack , Platt & Shurr (1976) منهجا لتنمية مهارات معرفية ، وهم يختلفون عن ميشنوم بكونهم يضعون تأكيدات على الطبيعة بين الشخصية للمهارات المعرفية المحددة قيد الدراسة . وفي رأيهم فان أكبر نسبة للمواقف الإشكالية في الحياة اليومية تعتبر بين شخصية في طبيعتها . كما أنهم لا يستندون للافتراضية العامة الشائعة في مجال الصحة النفسية وهي " إذا تحرر شخص ما من أي عسر انفعالي كان يعاني منه ، فإنه سيصبح قادرا على حل مشاكل حياته اليومية بدون مساعدة أبعاد " ، فهم على العكس من ذلك يتبنون توجهها بأن العكس هو الصحيح .
(Spivack and Shurr , 1974 ; Spivack , Platt & Shurr , 1976)
وهكذا فعندما يفترق الفرد إلى المهارات الاجتماعية بين الشخصية ، فإن الاضطراب العاطفي هو النتيجة المتوقعة . وعليه فرؤياهم تتبع وجهة نظر ميشنوم بأن الأسلوب الرائع لتقليل وتخفيف العسر الانفعالي ، هو من خلال برنامج صمم لنقل المطلوب (بشكل معرفي) والذي يتوسط المهارات بين الشخصية . (Spivack & Shurr , 1974 , McGowan . 12 : 1980)

هذا ولقد قام سبايفاك وبلات وشير (1976) بوضع برنامج للتدريب على مهارات معرفية لحل المشكلة بين الشخصية (ICPS) ، والذي صمم لتعليم الأطفال والمراهقين والراشدين كيف يفكرون - وليس بماذا يفكرون - وذلك في عملية حل المشكلة Problem - Solving Process ، وليس في حلول للمشكلة (Goldstein , 1988 : 16) . ويتألف البرنامج من ست مهارات يعتبرها واضع البرنامج تتدخل بشكل أساسي في نوعية التوافق الانفعالي والاجتماعي وهي :-

١/أ - الحساسية بين الشخصية Interpersonal Sensitivity : وهي القدرة على إدراك مشكلة ما عند حدوثها ، والرعة للتركيز على الأبعاد ذات الصلة بالتمائل بين الشخصي والتي تخلق مشكلة ما لأحدهم ، أو لأكثر من واحد .
(McGowan , 1980 : 14)

٢/أ - التفكير بالحلول البديلة Alternative Solution thinking : وتتضمن قدرة الفرد على توليد بدائل أو حلول مختلفة يمكن استخدامها لحل مشكلة ما .

٣/أ - التفكير بالنتائج المترتبة Consequential thinking : وهي عبارة عن القدرة على فهم كيفية تأثير عمل الفرد على الناس الآخرين بالإضافة لنفسه . إنها القدرة على التفكير بالمزايا Pros والعيوب Cons المرتبطة بالفعل الشخصي .

٤/أ - التفكير السببي Causal thinking : وهو تعبير عن قاعدة السبب والآخر Cause-and -Effect والمرتبطة بموقف المشكلة بين الشخصية ، أنه القدرة على ربط حدث ما بآخر ، فيما يتعلق بالسبب الذي أدى به لإحداث الآخر .

٥/أ - التفكير بوسائل - غايات Means - ends thinking : وهو تخطيط دقيق خطوة تلو الخطوة من أجل الوصول إلى هدف معين .

٦/أ - إدراك المنظور الاجتماعي Perspective taking : وتعكس هذه المهارة المدى الذي يميز الفرد فيه ويدمج حقيقة أن الناس الآخرين لديهم دوافع ووجهات نظر مختلفة وبالتالي فهم يستجيبون بشكل مختلف في أي موقف . أنه مفهوم يمثل أبعاد لما يسميه الناس بأخذ الدور Role Taking ، أو التفهم Empathy .

ولقد استند صاحبوا هذا البرنامج (ICPS) إلى مبادئ أساسية تضمنت :-

- ضرورة تعليم المتدربين استخدام ومعنى كلمات مثل (أو ، و ، ليس) للمساعدة في تفهم أكبر للفضيلات الفردية

- وللفروق بين الشخصية ، بالإضافة لكلمات مثل (بعض ، نفس الشيء ، مختلف) . وفي المجال الانفعالي ولزيادة الحساسية بين الشخصية والفهم تعليم كلمات مثل (سعيد ، حزين ، غاضب) .
- من الأسهل تعليم مفاهيم جديدة من خلال كلمات شائعة لدى الأطفال والمراهقين .
- يجب أن يركز مضمون ومواقف البرنامج على المشاكل بين الشخصية وليست الشخصية .
- التركيز على التعلم والفهم المفاهيمي .
- تعليم الفرد عادة البحث عن حلول بديلة وتقييمها على أساس نواتجها .

- يشجع البرنامج التدريبي على قيام الفرد بالتفكير وتقييم أفكاره ، وتقديمها ضمن المواقف الإشكالية .

- ينبثق البرنامج التدريبي على المهارات المعرفية لحل المشكلة بين الشخصية (ICPS) من مبدأ أن مهارات حل المشكلة المعرفية واللغة المطلوبة لذلك (واللتين تولفان الأهداف التدريبية للبرنامج) لا تنتهي عندها ، لكنها يجب أن تستوعب كمهارات توسطية **Mediating** ، سابقة متقدمة **Antecedent** ، وضرورية لتقوية التوافق السلوكي وإنفاص السلوكات اللاحمكيفية مثل الاندفاعية والعدوانية والكبت الزائد . (Goldstein , 1988 : 16 - 20)

ب - وقدم دوزريلا وجولد فرايد D'Zurilla & Goldfried (1971) ودوزريلا

(1986) نموذجاً إرشادياً لحل المشكلة الاجتماعية وذلك لاستخدامه كدليل لتطوير برامج التدريب على حل المشكلة (PST) . ويتم فيه تعريف وتحديد المشكلة باعتبارها موقفاً لا يوجد فيه " استجابة بديلة فعالة متوفرة بشكل مباشر لدى الفرد الذي يواجه الموقف " (دوزريلا وجولد فرايد 1971) ، وبالمقابل فإن حل المشكلة هو " عملية سلوكية سواء كانت ذهنية أو ظاهرية في طبيعتها والتي توفر استجابات فعالة ممكنة للتعامل مع الموقف الإشكالي وتزيد احتمالية اختيار أكثر الاستجابات فعالية من هذه البدائل المحتملة أو الممكنة " (دوزريلا وجولد فرايد ، 1971 : 108) . (Kanfer & Goldstein , 1991: 276)

وبحاول هذا النموذج الإرشادي أن يحدد وبدقة كيف يجب أن يحل الناس مشاكلهم من أجل رفع كفاءتهم . ونموذج دوزريلا وجولد فرايد كما روجع من دوزريلا ونيزو Nezu (1982) ودوزريلا (1986) يتضمن خمسة مكونات أو مراحل تشمل مهارات وقدرات في مستوياتها الثلاثة (التوجه نحو المشكلة ومهارات حل المشكلة وقدرات حل المشكلة) . (Dobson , 1988 : 92)

وفيما يلي شرح مفصل لكل من هذه المكونات الخمسة :-

١ - التوجه نحو المشكلة .

يتألف مكون التوجه نحو المشكلة من مجموعة من المعارف والإدراكات الميسرة للتوجه نحو المشكلة والتي قد توصف كمجموعة معرفية عامة لحل المشكلة . وبشكل خاص فإن مهمة متغير " التوجه نحو المشكلة" هو :

- ١/١ - زيادة الحساسية نحو المشاكل ، ووضع السبب لنشاط حل المشكلة .
- ٢/١ - تركيز الانتباه على السلوكات الإيجابية لحل المشكلة وبعيدا عن المتاعب الهادمة (غير البناءة) ، أو " أفكار الانشغال بالذات " . (Sarason , 1980)
- ٣/١ - زيادة الجهد والثابرة أمام العوائق والحن العاطفية .
- ٤/١ - تقليل التعاسة العاطفية الهادمة ، أثناء محاولة زيادة الأوضاع العاطفية الميسرة الإيجابية .

ويمكن توضيح المتغيرات الرئيسية للتوجه نحو المشكلة كما يلي: إدراك المشكلة ونسبة المشكلة Attribution وتقييم المشكلة والضبط الشخصي والالتزام بالوقت والجهد .

(أ) إدراك المشكلة وتعني احتمالية اهتمام الفرد ومراقبته لتعامله مع البيئة بطريقة تمكنه من تمييز المشكلة بدقة وبحيث يسميها بشكل مناسب .

(ب) نسبة المشكلة وتعود إلى العزوات السببية المتعلقة بالمشاكل، والخاصة بالفرد ويتضمن العزو الإيجابي الميسر للمشكلة الاستعداد لنسبة السبب في المشاكل إلى عوامل شخصية وبيئية معتدلة قابلة للتغير نسبياً ، بدلا من عزو السبب إلى بعض من الخلل الداخلي الثابت أو عدم السواء . (Abramson , Seligman , 1977 ; Beck 1967 ; Ellis , 1977 ; & Teasdale , 1978)

(ج) تقييم المشكلة وتعود لتقييم وتقدير الفرد لأهمية ودور المشكلة وأثرها على سوائه الشخصي والاجتماعي (Lazarus & Folkman , 1984) ، والتقييم الإيجابي للمشكلة يكون في رؤية المشكلة كتحدي (Challenge) (مثال : فرصة للنضج وللسيادة الشخصية) ، بدلا من رؤيتها فقط كتهديد (Threat) (مثال : احتمالية حصول الأذى ، أو الخسارة) .

(د) الضبط الشخصي ويتألف من عنصرين :

- احتمالية إدراك الفرد للمشكلة كشيء قابل للسيطرة عليه .

- احتمالية إيمان الفرد بقدرته على حل المشكلة من خلال جهده الخاص . (Bandura , 1977)

(هـ) الالتزام بالوقت / الجهد وهي عبارة عن عنصرين :

- احتمالية قيام الفرد بتقييم دقيق للوقت الذي سيستغرقه حل المشكلة بنجاح .

- احتمالية توفر الرغبة لدى الفرد في تكريس الوقت الكافي والجهود اللازمة لحل المشكلة

(Baumgardner, Heppner & Arkin , 1984)

٢- أما المكون الثاني للنموذج وهو تحديد المشكلة وصياغتها .

فهو عملية تقييمية تتضمن : - جمع المعلومات ذات الصلة والحقيقية عن المشكلة .

- توضيح طبيعة المشكلة .

- وضع هدف واقعي لحل المشكلة .

- إعادة تقييم فائدة وأهمية المشكلة للسواء الشخصي والاجتماعي .

ويكون التركيز في هذه المرحلة على المهارات والقدرات المرتبطة ذات الصلة بمعالجة المعلومات الاجتماعية ،

(McFall , 1982) ومفهوم المشكلة ووضع الهدف والتفكير العقلاني (Beck , 1967 ; Ellis , 1977) ،

والتقييم المعرفي (Lazarus & Folkman , 1984) .

٣- والغرض من المكون الثالث توليد الحلول البديلة ، هو توفير أكبر عدد من البدائل للحلول ، من

أجل زيادة احتمالية توفر أفضل الحلول من بينها . وتتركز هذه المهمة على عملية جيلفورد (Gilford , 1967)

للتأجيل التباعدي المتشعب Divergent Production المبنية على القدرات الإبداعية للطلاقة Fluency ،

والأصالة **Originality**، والمرونة **Flexibility** . ويؤكد إجراء توليد البدائل على ثلاثة مبادئ أساسية :
١/٣- مبدأ الكم **Quantity** (كلما كانت الحلول البديلة أكثر كلما زادت فرصة توفر الأفكار الجيدة) .
٢/٣- مبدأ تأجيل إصدار الحكم **Deferment** (إذا أرجأ الفرد التقييم الحاسم للحلول البديلة إلى وقت لاحق في عملية حل المشكلة فإن أفكارا بحلول جيدة أكثر سيتم توليدها) .

٣/٣- مبدأ التبوع الأكثر (كلما اتسع مدى التبوع في أفكار الحلول ، كلما تم اكتشاف أفكار جيدة أكثر) .

٤- وظيفة المكون الرابع في نموذج حل المشكلة ، هي صنع القرار **Decision Making** من خلال تقييم الحلول البديلة المناسبة واختيار الأفضل للتنفيذ في الوضع الإشكالي . وهذا المكون (صنع القرار) مبني على نظرية الفائدة المتوقعة . **Expected Utility Theory** (Beach & Mitchell , 1978 ; Edwards , 1961)

ونظرية الاحتمالية **Prospect Theory** . (Tversky & Kahnemann , 1979 ; Kahnemann , 1981)

ففي نظرية الفائدة أو المنفعة المتوقعة يكون سلوك الاختيار مبني على التحليل العقلاني للتكلفة / الربح والمنفعة/ . أما نظرية الاحتمالية فهي تضع في حسابها آثار العوامل الذاتية والمدركة (حسباً) على سلوك الاختيار . ولقد توصلت الدراسات إلى أن تفضيلات الفرد للحلول تتأثر بشكل واضح بكيفية تشكيل المشكلة وصياغتها ، وبطريقة فهم أو تشكيل البدائل الخاصة بالحلول ، وبالتالي . (Tversky & Kahnemann , 1981)

٥- والغرض من المكون الخامس والأخير في النموذج تنفيذ الحل والتحقق من صحته **Solution Implementation and Verification** ، هو تقييم نتاج الحل والتحقق من " كفاءة "

استراتيجية الحل المختار في موقف الحياة الواقعية الإشكالي . وفي هذه المرحلة تكون المشكلة قد حلت رمزيًا ، لكن فعالية الحل في مواجهة المشكلة في الحياة الواقعية لم يتم التحقق منها تجريبياً . والطريقة الوحيدة لإنجاز ذلك هو في تنفيذ الحل وتقييم الناتج بموضوعية قدر الإمكان . والإطار المفاهيمي لهذه المهمة مبني على:

١/٥- نظرية الضبط **Control Theory** أو نظرية السبرنطيقا **Cybernetics** ،

(Carver & Scheier, 1982, Miller , Glauter & Pribram , 1960) .

٢/٥- والمفهوم السلوكي-المعرفي للضبط الذاتي (Bandura , 1971 , Kanfer , 1970)

وتتضمن هذه المهمة أربع خطوات :-

- أداء سلوك الحل للمشكلة .

- المراقبة الذاتية لسلوك الحل و أو / للناتج .

- التقييم الذاتي ، متضمنًا المقارنة بين الناتج الحقيقي والناتج المتوقع وبالتالي إما القيام ب:

- التعزيز الذاتي أو تحديد مصادر الخلل (**Trouble - Shooting**) ، وإعادة الكرة ثانية (مثال : العودة

ثانية إلى مراحل عملية حل المشكلة) وذلك استناداً إلى درجة الاقتناع بالناتج .

وهكذا فإن تتابع سلسلة عملية حل المشكلة تمثل تعاقبا منطقيا وعمليا للتدريب ، وللتطبيق والاستخدام الكفوء والمنظم .
فحل المشكلة يجب أن يبدأ بتوجه إيجابي نحو المشكلة لأن هذا المكون المعرفي يسهل حل المشكلة العام .
(Butler & Meichenbaum , 1981 ; Heppner & Petersen , 1982 ; Heppner ,
Hibel , Neal , Weinstein & Rabinowitz , 1982)
كما أن المشكلة يجب أن توضح وتصاغ بوضوح وعناية قبل بدء مهمات توليد الحلول البديلة وصنع القرار ، حيث أن
التعريف الواضح للمشكلة يؤثر على الأداء في هذه المهمات . (Nezu & D'Zurilla, 1981;Tversky .
and Kahnemann, 1981)

وفي النهاية ، من الضروري توليد الحلول البديلة قبل البدء في صنع القرار ، وأن يتم اختيار الحل قبل المرحلة الأخيرة
(تنفيذ الحل والتحقق منه) أي قبل إنجاز هذه الأخيرة . والطريقة التي تقدم بها مكونات نموذج حل المشكلة لا تعني أن حل
المشكلة يجب أن يسير في تتابع باتجاه واحد ابتداء بالخطوة الأولى ونهاية بالخطوة الخامسة . لكن من المرجح أن الحل الفعال
للمشكلة يتضمن التحرك إلى الوراء والأمام من خطوة إلى أخرى قبل أن يتم إنجاز العملية كلية .
والفرد الذي يحل المشكلة ، ينجز العملية فقط عندما يتم العثور على الحل الكافي أو المناسب أو عندما يتم تقرير أن
المشكلة غير قابلة للحل وأنه يجب تقبلها والتعامل معها كما هي .

هذا ولقد دعمت نتائج الدراسات كفاءة التوجه الإيجابي نحو المشكلة كورمير (Cormier , Otani and
Cormier, 1986) ، كما وجد دعم قوي لكفاءة التدريب على تحديد وصياغة المشكلة في دراسات كورمير
وآخرون (١٩٨٦) ، (Nezu & D'Zurilla, 1981a, 1981b) ، ودعم لمبدأ توليد الحلول البديلة وجد
في دراسات عديدة (Bayless, 1967; Brilhat and Joshem, 1964) كما حصل نموذج صنع القرار
على دعم قوي في دراسات عدة باحثين (Nezu & D'Zurilla, 1979 , 1981a; Nezu &
Dobson, 1988 : 92 - 95) . Ronam, in press)

٤- برامج التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills training

أ - تطور مفهوم المهارات الاجتماعية

تحول ميدان علم النفس الكلينيكي خلال العقود الأخيرة من التركيز على الأمراض والاضطرابات النفسية إلى
القضايا ذات الصلة بالصحة النفسية الإيجابية والتكيف النفسي والاجتماعي . ولقد استند هذا التطور إلى الفرضية
المتضمنة أن التركيز على قوى المسترشد المتوفرة وتحسين نمو الصحة النفسية الإيجابية (والمهارات والقدرات ذات الصلة)
يمكن أن يكون بنفس درجة أهمية القياس والعلاج للحالات الكلينيكية ، وذلك بهدف تحقيق نواتج مرغوبة في العلاج .
إن التركيز المتزايد على قضايا الصحة والكفاءة أصبح هذه الأيام أكثر بروزا ووضوحا في الأدب النفسي المعني
بمخاطر الصحة النفسية للأطفال والمراهقين . والاهتمام الأكبر بقضايا ذات صلة بالصحة النفسية الإيجابية والتكيف
لهذه الفئة العمرية قد امتلأ بفكرة أن اكتساب كفاءات العمر المناسبة يعد قضية حاسمة وبالغة الأهمية ليس من أجل
التكيف الناجح خلال مرحلة نمو الطفل أو المراهق الحالي فقط . (Achenbach, 1986; Garber,
1984) . لكن أيضا باعتبارها قاعدة ضرورية لاكتساب كفاءات وقدرات أكثر تقدما ، والتي يتطلبها الإنجاز الناجح
للمراحل النمائية القادمة . (Sroufe & Rutter , 1984)

ومع هذا التحرك نحو الاهتمام المتزايد بقضايا الصحة النفسية الإيجابية ، فإن مفاهيم كالمواجهة ، ومهارات الحياة والمهارات الاجتماعية والسيادة وتقدير الذات والكفاءة الاجتماعية ، أصبحت عبارات متداولة في مفردات علم النفس الكلينيكي . ويبدو أن مفهوم الكفاءة الاجتماعية يتضمن جميع المدلولات السابق ذكرها . (Reinecke, Dattilio & Freeman , 1996 :124-125)

ويمكن تعريف الكفاءة الاجتماعية بأنها توفر المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل بطرق مقبولة اجتماعيا . وتشير المهارات الاجتماعية إلى السلوكيات المحددة الضرورية لكي يؤدي الفرد مهمة ما بنجاح . ويظهر الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية ندرة في السلوكيات الاجتماعية الملائمة وبشكل متكرر مما يؤدي بهم إلى الرفض الاجتماعي من قبل الأقران . (Gresham , 1982) ويسجل الأطفال المرفوضون ، مشاعر الوحدة المفرطة & Asher (Wheeler, 1985) وعلى الأغلب يكونون في وضع معرض لخطر الانحراف ، ومشاكل التوافق النفسي والاجتماعي (Cowen, Pederson, Babigian, Izzo,& Trost,1973;Roff,Sells&Golden, 1972).

هذا ويعتبر تعلم المهارات الاجتماعية قضية أساسية لتحسين الكفاءة الاجتماعية . (Hollinger, 1987)

ولقد وضع حديثا جريشمان واليوت Greshman & Elliot (1987) مفهوما للكفاءة الاجتماعية يتضمن أنما تتألف من عنصرين متداخلين : السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية . وان الكفاءة والدرجة التي يقابل بها الفرد المعايير الاجتماعية الثقافية للاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية هي انعكاس للسلوك التكيف . والتعريفات السلوكية للمهارات الاجتماعية تتضمن :1-زيادة معدل المبادرة الاجتماعية (Fox, Shores, Lindeman, & Strein, 1986)

٢- التفاعل الاتصالي (Bierman, 1986; Goldstein & Wickstrom , 1986).

٣- المشاركة ، وتنظيم اللعب (Odom & Stain , 1986).

٤- الاتصال البصري والتعبير الوجهية ووضع الجسم Body Posture ونبرة الصوت وإعطاء وإتباع تعليمات (Mathur & Rutherford , (Serna, Schumaker, Hazel, & Sheldon, 1986) 3 - 4 : 1989, Bullock, Gable & Rutherford, 1996)

هذا ولقد قدم كل من جولدستاين وسبرافكين وجيرشو وكلاين و Goldstein , Sprafkin و Gershaw & Klein (1980, 1983) منهجا للتربية النفسية لتعلم الكفاءات الاجتماعية عرف باسم " التعلم المحدد البناء " Structured Learning ، والذي اكتسب اهتماما عاليا في السنوات الأخيرة (Cartledge & Milburn, 1980; Goldstein, Sprafkin , Gershaw & Klein , 1980; Larsen , 1984; Rathjen & Foreyt , 1980)

ويتألف التعلم المحدد من أربعة مكونات أساسية والتي لها قاعدة تجريبية قوية في علم النفس وتشمل :

١- النمذجة ٢- لعب الدور ٣- التغذية الراجعة للأداء ٤- نقل أثر التدريب .

ولقد وضع هذا المنهج خصيصا للمراهقين والأطفال الذين يواجهون مشكلات توافقية على مستوى العلاقات بين الشخصية والاضطرابات السلوكية والانسحاب الاجتماعي ، ومهمة هذا المنهج تعليم هؤلاء الأفراد المهارات السلوكية بين شخصية والوجدانية والمواجهة والتصدي والتخطيطية . (Goldstein , Sprafkin , Gershaw & Klein, 1980 : 47)

ب - التطور التاريخي لنشأة التعلم المحدد البناء

حتى بداية السبعينات ظهرت ثلاثة تجمعات رئيسية للعلاج النفسي، صممت لاستبدال سلوك الأفراد المنسحقين وغير الفعالين والمضطربين ، والعدوانيين خاصة الأطفال والمراهقين ، وهي : السيكوديناميكية / التحليل النفسي والإنسانية / المتمركز على الشخص ، وتعديل السلوك ، ولقد تضمن المنهج السيكودينامي العلاج النفسي الفردي ذا التوجه التحليلي النفسي (Guttman , 1970) والعلاج بجامعة النشاط (Salvson, 1964) ، والمدى المختلف المتوسع من إجراءات العلاج التي طورها ريدي ووايمان Redi and Wineman (1957) ، كما أوجد المنهج الإنساني / المتمركز على الشخص نماذج لاستخدامها في العلاج النفسي مثل منهج الضبط المدرسي (Deikurs, Grunwald & Pepper, 1971) ، أما تعديل السلوك المحتمل حدوثه **Behavior Modification** فيتضمن أنواعا مختلفة من العلاج تعكس الاستخدام المنظم للضبط والتعاقد ، وتدريب الأساتذة والآباء باعتبارهم ضابطي التغير السلوكي (O'Leary, O'Leary & Becker, 1967; Reid & Patterson, 1976; Walker, 1979) . ومع اختلاف الفلسفة العلاجية التي تقوم عليها هذه الاتجاهات الثلاثة ، فإن هناك افتراضا مهما مشتركا بينها وهو أن الطفل لديه سلوكيات فعالة ومشبعة وغير عدوانية واجتماعية وغير معلنة أو معبر عنها وأن تعابير هذه السلوكيات هي أهداف العلاج النفسي . وبالتالي فإن تلك الإمكانيات الكامنة سيتم إدراكها وتمييزها من قبل المسترشد ، في الأساليب العلاجية الثلاثة ، وذلك في حالة كون المرشد (وكيل التغير) مدربا بشكل كاف على إنقاص أو إزالة العوائق التي قد تقف أمام هذا التمييز . فالعلاج السيكوديناميكي يسعى لإحداث ذلك من خلال المناقشة أو أنشطة اللعب بواسطة استدعاء وتفسير الذكريات اللاشعورية السابقة والتي تعترض نمو وتقدم الوعي ذي الصلة . أما المعالج الإنساني / المتمركز على الشخص ، والذي يؤمن بشكل خاص بأن الإمكانية للتغير موجودة لدى المسترشد ، فهو يسعى لتحرير هذه الإمكانية بتوفير بيئة دافئة ومتعاطفة ومساعدة متقبلة لأقصى حد . أما معدل السلوك Behavior Modifier وبواسطة واحدة أو أكثر من إجراءات الضبط والتحكم ، فهو يحاول أن يتولى هذه الإجراءات عندما تحدث سلوكيات مرغوبة كامنة ، ويتلقى المسترشد بالتالي التعزيز الملائم ، وهكذا تزيد احتمالية إعادة حدوث هذه السلوكيات . ونلاحظ مرة ثانية أن هذه المناهج العلاجية من وجهة النظر المعرفية السلوكية تفترض دائما أنه في مكان ما وضمن مخزون الفرد تستقر السلوكيات المستهدفة المرغوبة والفعالة والمبحوث عنها . (Goldstein, 1988: 4 - 5)

ومستندا إلى هذه الفرضية ظهر في بداية السبعينات منهج علاجي مهم وجديد ، يركز على فرضيات عديدة وهي التدريب على المهارات النفسية والذي ينظر للمسترشد بلغة التعليم . ويفترض 'مدرّب المهارات النفسية أن الفرد يفتقر إلى ، أو ضعيف إلى حد ما في المهارات الضرورية للأداء الشخصي وبين الشخصي الفعال والمرضي . ووظيفة 'مدرّب هذه المهارات عبارة عن تعليم نشط مدروس وفق خطوات محددة لسلوكيات مرغوبة . ويعتبر التعلم المحدد البناء **Structured Learning** والذي أعده جولدستاين وزملاؤه (Goldstein et al., 1973) نموذجا دقيقا على هذه البرامج التدريبية . (Goldstein , 1973 ; Goldstein , Sprafkin & Greshaw , 1976)

ولقد استخدم برنامج التعلم المحدد في بدايات ظهوره في المستشفيات العقلية العامة ، ومع ذري النقص العالي في المهارات والمرضى المزمنين ، خاصة هؤلاء الذين يستعدون لمغادرة المستشفى والعودة للمجتمع . ولكن مع تطور أبحاث

استخدامات هذا البرنامج التدريبي والتي أظهرت بانتظام آثارا ناجحة لتقوية المهارات (Goldstein , 1981) ، قام جولدستاين بتحويل الاهتمام عن تعليم مدى واسع من مهارات الحياة اليومية وبين الشخصية ، للمرضى العقلين ، لاهتمام أشد دقة بالأفراد العدوانيين ، مثل الآباء السسى المعاملة لأولادهم ، وبشكل خاص ، المراهقين ذوي العدوانية الشديدة ، (Goldstein , Sherman , Gershaw , Sprafkin , & Glick , 1978 ; Goldstein , Sprafkin , Gershaw , & Klein , 1980: 4-8) .

وباستمرار استخدام وتقييم التدريب على المهارات النفسية لدى فئة المراهقين ، (Goldstein & Pentz , 1984) وامتداده لفئة الأطفال ، وتحت تأثير حماس وتشجيع مؤلفي البرنامج بسبب نتائج الدراسات والاستخدامات العلاجية الناجحة للبرنامج ، بدأ في توسيع مجاله إلى أبعاد بين شخصية أخرى لتقوية الكفاءة الاجتماعية. حيث استقر في النهاية لتقديمه بشكل منهاج الاستعداد Prepare Curriculum والذي يتألف من عشرة مقررات علاجية :

١- التدريب على حل المشكلة ، ٢- المهارات بين الشخصية ، ٣- الإدراك الموقفي ، ٤- التحكم بالغضب ، ٥- التفكير الأخلاقي ، ٦- ضبط التوتر ، ٧- التفهم ، ٨- نماذج التدعيم ، ٩- التعاون ، ١٠- فهم واستخدام الجماعات . وتقع المقررات السبعة الأولى تحت عنوان " العلاجات المعرفية " أو المعرفية السلوكية . إن استخدام مقررات هذا المنهاج في أي موقف ومع أي (طفل أو مراهق) يكون بالضرورة استجابة لخصائص الطالب المتعلقة بالموقف والخصائص الإدراكية للمتدرب . ولا يوصي واضعو المنهاج تابعا مقررنا محمدا . ويقترحون أن ترتيب هذه المقررات يتحدد على ضوء الخلل الاجتماعي للمسترشدين (أو المتدربين) . ولا تقدم مهارة حل المشكلة أولا لقيمتها كمهارة جوهرية فقط بل لاستخدامها كمنظم للمقررات المتعلقة بأي المقررات يتم اختيارها واستخدامها تاليا . والمهارات بين الشخصية هي الثانية وذلك لأهميتها الواضحة البارزة في كثير من المواقف الحياتية المختلفة ولعلاقتها بالمقرر التالي وهو الإدراك الموقفي وهو مرافق مهم للمهارات بين الشخصية يجب أن يتلازم معه أو أن يتبعه . فالنقص في المهارات البن شخصية يحدث بسبب أن الفرد لا يعرف المهارة ولهذا يجب أن يتعلمها ، أو أنه يعرفها لكنه غير قادر على تشخيص وتحديد متى وأين ، ومع من يستخدمها . وبالتالي فالتدريب على الإدراك الموقفي يعلم الأفراد مهارات شخصية . (Goldstein , 1988 : 6-9)

ويعكس منهج الاستعداد للتدريب على حل المشكلة كلا من روح وجوهر برنامج التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلة بين الشخصية (سيفاك وبلاط وشير ، ١٩٧٦) ، وبينما يصل المدرب بالمتدرب إلى أهداف تحديد المشكلة وجمع المعلومات وتوليد البدائل والحلول البديلة ، وهكذا يتم تطوير تنابع تدريبي لمقرر حل المشكلة والذي يتكامل ويلتقي من حيث المضمون والطرق مع مضمون وطرق المقررات التدريبية الأخرى ، وهكذا فالنمو في مهارة حل المشكلة تساهم في خلق منهاج تعاوني متكامل ، خاصة أن منهاج الاستعداد للتدريب على حل المشكلة تتضمن سلسلة متتابعة من الاستجابات المتزايدة وهذا يستدعي استخدام مهارات بين شخصية أيضا (حسب مقرر التدريب على المهارات بين الشخصية) ، وذات الصلة بالمواقف (كما في التدريب على الإدراك الموقفي) وذات الطابع التفهيمي (مثل التدريب على التفهم) وكل ذلك كعناصر مكونة لحل المشكلة وللتحرر من العسر الانفعالي وذلك أكثر مما يقوم به برنامج التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلة بين الشخصية والجهود الأخرى الموجودة في مجال حل المشكلة بين الشخصية ، فهذا المنهاج يدمج بأسلوب جوهري طريقة القدح الذهني Brainstorming لحل المشكلة الشخصية ، كوسيلة لتوليد حلول

مشكلة بديلة ، وتتألف نشاطات التدريب على حل المشكلة من ثماني خطوات متتابعة موزعة على ثماني جلسات قابلة للتدبير تبعاً لإتقان المدربين لكل خطوة . (Goldstein , 1988 : 42 - 43)

هذا وتجدر الإشارة إلى أن دزوريلا D'Zurilla (١٩٨٨) اقترح أن أي برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية يجب أن يشمل على تدريب على مهارات حل المشكلة لكي تدعم عملية تعميم المهارات بين الشخصية . (Maag , 1989, Bullock, Gable & Ruthurford, 1996 : 63)

ج - التدريب على المهارات بين الشخصية (الاجتماعية) :

كما رأينا فإن برنامج التعلم المحدد **Structured Learning** والذي استند إليه منهاج الاستعداد ، قد طور عام (١٩٨٠، ١٩٨٧) ليناسب المراهقين ذوي الخلل في علاقتهم بين الشخصية ، والعدوانيين (Goldstein & Glick , 1987) ، ويعتبره واضعوه منهاجاً تعليمياً للمهارات الاجتماعية ، ولقد أثبت هذا البرنامج وعلى ضوء التعامل مع المراهقين كمتدربين ، نجاحه في تقوية مهارات بين شخصية كالتعاطف والفهم والتفاوض والتوكيدية وإتباع التعليمات والضبط الذاتي وحل الصراع وإدراك المنظور الاجتماعي ، ولقد أثبتت الدراسات التي أجريت للتحقق من أثر هذا البرنامج على المراهقين أن الاستخدام الناجح للتدريب على المهارات الاجتماعية (بين الشخصية) زادت مهارة إدراك المنظور الاجتماعي (**Perspective Taking Skill**) (وهي عبارة عن رؤية الأمور من وجهة نظر الناس الآخرين) وزادت من السلوك التعاوني (Trief , 1976) . (Goldstein , 1988 : 68 - 69)

ويزكز هذا البرنامج على نقص الكفاءة الاجتماعية وعلاجها من خلال منهج تدريبي للمهارات مصمم بوضوح لتعليم المراهقين المهارات الاجتماعية ومهارات التخطيط ومهارات التعامل مع المشاعر والمهارات البديلة للعدوان ، ومهارات الاستجابة الفعالة للتوتر ، ويقترح معدو البرنامج صلاحية البرنامج لعلاج حالات الاضطراب السلوكي الثلاث ، العدوانية والانسحابية وعدم النضج ، والتي سيتم توضيحها فيما يلي :-

العدوانية : ويعكس المفهوم سلوكيات مثل العراك والتخريب واللامسؤولية والمستوى العالي من سلوك لفت النظر ، والمستويات المتدنية من مشاعر الذنب .

الانسحابية : وهذا الاضطراب السلوكي تم تصنيفه كثيراً بأنه " الكبت المبالغ به " (Hewitt & Jenkins , 1946) ، ومشكلة في الشخصية (Peterson , et al., 1961) ، والعصاوية الاضطرابية (Quay , 1964) ، والقلق والكف الزائد والاكتئاب (Achenbach , 1966) ، والانسحاب (Patterson & Anderson , 1965; Ross , Lacey & Parton , 1964) ، ووصف كواي Quay (١٩٦٦) هذا النموذج بقوله " في هذه الحالة تشمل السلوكيات والاتجاهات والمشاعر بوضوح على غط مختلف من التفاعل الاجتماعي ، مقارنة بتلك التي تشمل عليها الاضطرابات السلوكية الأخرى . فهي تدل ضمناً وبشكل عام على الانسحابية بدلاً من الهجوم . وخلافاً لخصائص اضطراب الأداء **Conduct Disorder** ، هناك سمات مثل مشاعر الكرب النفسي والخوف والقلق

والشكاوى الجسدية والتعاسة الواضحة والمعبّر عنها . ومن خلال هذا النموذج يوجد الطفل الذي تم تصنيفه كـ"كلينيكيًا،
بعضاى القلق Anxiety Neurotic ، والخوف Phobic . (Quay , 1966 :11)

– عدم النضج Immaturity: ويتضمن السلوكات التالية : نقص مدة الانتباه وتفضيل إقامة صداقات مع الأصغر سنا والسلبية وأحلام اليقظة وعدم الكفاءة ، ويمثل هذا النموذج استمرار ظهور سلوكات تلائم مرحلة نمو سابقة ، والتي أصبحت الآن غير ملائمة من وجهة نظر المرحلة العمرية ، وتوقعات المحيطين واجتماع من المراهق .

هذا ولقد وصف مانستر Manster (1977) في كتابه " نمو المراهق ووظائف الحياة " تسلسل وظائف الحياة التي يجب أن يتقنها جميع المراهقين في المدرسة وفي العمل وفي المجتمع مع الأقران ومع الأسرة ، ومع نماذج وأشكال السلطة ، وذلك في جميع المواقف التي يواجهها المراهق في نموه ، والتي يجب أن يتعامل معها ويتصدى لها ، وبالتالي فهو مطالب أن يتقن سلسلة معقدة متزايدة من وظائف الحياة الشخصية وبين الشخصية ، كالحب ، والعلاقات بين الأقران ، التي تحتاج إلى مهارات اجتماعية (مثلا : البدء في حديث ، الاستماع ، المشاركة) ، وإلى مهارات للتعامل مع المشاعر (مثلا : التعامل مع الخوف ، ومع المشاعر الوجدانية المعبر عنها ، وتفهم مشاعر الآخرين) ، ومهارات للتعامل مع التوتر (مثلا: التعامل مع الحرج ، والاستعداد والتهيؤ للحديث الموتر ، والاستجابة للفشل) ، كما أن الوظائف ذات الصلة بالمدرسة تتطلب تخصصا في مهارات أخرى مثل : مهارات التخطيط : (مثلا: وضع الأهداف ، وجمع معلومات ، واتخاذ القرار) ، بالإضافة إلى أن الموقف المدرسي يتضمن أيضا النجاح اليومي في وظائف تتعلق بكل من الأقران (مثل التعامل مع ضغط الجماعة) ، وأشكال السلطة (مثلا : إتباع التعليمات المدرسية). (Goldstein , Sprafkin , Gershaw & Klein , 1980 : 1-6)

ويجب أن يتمتع المدّرب في هذا البرنامج بالحساسية والمرونة ، وموهبة التعليم . ولقد وضع جولدستاين (1988) الخصائص الواجب توفرها في مدّرب المهارات الاجتماعية : ١- القدرة على التعليم والاتصال الشفهي . ٢- المرونة والمرجعية . ٣- الحماس . ٤- القدرة على العمل تحت الضغط . ٥- الحساسية بين الشخصية . ٦- مهارات الإصغاء . ٧- معرفة المرحلة النمائية للمسترشدين (المتدربين) ، بالإضافة إلى مهارات خاصة بالمهارات الاجتماعية وهي :-

١- معرفة بالتدريب على مهارات بين شخصية (المهارات الاجتماعية) (الخلفية والإجراءات والأهداف).

٢- القدرة على التوجه نحو المتدربين والهيئة الداعمة (المدرسة) للمهارات بين الشخصية .

٣- القدرة على التخطيط وتقديم عروض نموذجية حية .

٤- القدرة على خلق ودعم لعب الدور .

٥- القدرة على تقديم مواد بشكل عروض صورية وسلوكية .

٦- القدرة على التعامل مع مشاكل ضبط المجموعة بكفاءة .

نموذج من إجراءات الجلسة الأولى لبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية والفنيات التدريبية المستخدمة :

- يقدم المدرب نفسه (أو المدربان) .
 - يطلب من المتدربين تقديم أنفسهم .
 - نظرة سريعة للمهارات الاجتماعية (الهدف ، الإجراءات ، الفوائد المتوقعة) .
 - مناقشة قوانين المجموعة لمساعدة المجموعة وتشجيعها على الإحساس بالمشاركة في صنع قرار المجموعة كالمواظبة والتأخر وحجم المجموعة والوقت والمكان والسرية والخرج والخوف من الأداء .
 - تقديم المهارة والنمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة ونقل أثر التدريب (والواجب البيئي).
- هذا وتستعمل (بطاقات المهارة) لمساعدة المتدربين على تمثيل أدوار المهارة . وتتضمن البطاقات إسم المهارة المتعلمة ، وخطواتها السلوكية ، ويتم توزيعها قبل عملية النمذجة ، ويطلب من المتدربين أن يراقبوا ويستمعوا جيدا أثناء عرض نموذج المهارة . كما يتم لفت نظر المتدربين إلى أنه ولزيادة تسهيل عملية التعلم فإن القائم بالدور " سيفكر بصوت عال " . كما أن التعزيز (سلبيا أو إيجابيا) يجب أن يأتي مباشرة بعد تمثيل الدور **Role / Play** .

١- النمذجة Showing or Modeling

- يجب أن تصف هذه العملية الخطوات السلوكية المشكلة للمهارة التي سيتم تعلمها والتي (تم شرحها) ويجب الاهتمام بتقديم التابع الصحيح (حسب البطاقات) ، وبالطبع فإن مضمون النمذجة على المهارة يجب أن يرتبط مباشرة بمواقف حياتية خاصة بأعضاء المجموعة . وعلى الأقل يجب نمذجة نموذجين لكل مهارة بحيث يتمكن المتدربون من فهم استخدام المهارة في مواقف مختلفة . وعلى المدرب إتباع ما يلي:-
- أ- استخدام موقفين على الأقل لكل مهارة .
 - ب- إختيار المواقف المتصلة بالحياة اليومية للمتدربين.
 - ج- يجب أن تصف أدوار النمذجة مهارة واحدة فقط .
 - د- يجب أن تصف أدوار النمذجة جميع الخطوات السلوكية للمهارة التي سيتم نمذجتها في التابع صحيح (من خلال

هـ- جميع أدوار النمذجة يجب أن تصف نتائج إيجابية ، وعرض النماذج يجب أن ينتهي دائما بتعزيز للنموذج .

٢- لعب الدور (Role Play) + Discussing + Trying

يجب أن تركز المناقشة التي تتبع عرض النمذجة على صلة المهارة النمذجة بحياة المتدربين ، وأن تستدعي تعليقات المتدربين على الخطوات السلوكية وكيفية أهميتها في حياتهم اليومية التي يواجهونها. ويبدو مساعدا جدا التركيز على استخدام المهارة الحالي والمستقبلي بدلا من التركيز على الأحداث الماضية أو القضايا العامة . ويقدم لعب الدور في المهارة الاجتماعية (بين الشخصية) كتجريب سلوكي Behavioral Rehearsal أو تدريب للاستعمال المستقبلي للمهارة . وتجدر الإشارة إلى إن تمثيل أدوار لأحداث الماضي ذات الصلة البسيطة بالمواقف المستقبلية تعتبر ذات قيمة بسيطة للمتدرب . على أية حال إن مناقشة الأحداث الماضية المتضمنة استخدام المهارة ، يمكن أن تكون دافعا لاستثارة المتدرب للتفكير في أوقات حدوث مواقف متشابهة . وعليه فالموقف المستقبلي الافتراضي وبدلا من أداء دور الحدث الماضي ، يمكن أن يتم اختياره للعب الدور .

بمجرد أن يقوم المتدرب بوصف موقف حياتي تبدو المهارة مساعدة فيه : فيكون هو (الممثل الرئيسي Main-Actor) ويختار متدرب آخر (ممثل مساعد Co-Actor) للقيام بدور الشخص الآخر (الأم ، الأب ، المعلمة) ذي الصلة بالموقف . ويشجع المتدرب الأول على اختيار المتدرب الثاني بحيث يكون مشابها لحد ما في الجسم ، وطريقة التعبير ، بالشخص الآخر . ويزود المتدرب الموقف بمعلومات عن مكان الحدث ، ومحاولة تصوير الموقف + المهارة بشكل واقعي جدا . ومن المهم أن يراجع الممثل الرئيسي خطوات المهارة كما هي في (بطاقات المهارة) . وكما ذكر سابقا فإن الخطوات السلوكية يتم كتابتها أيضا على السبورة Chalkboard ، في وضع مرئي للممثل الرئيسي وأيضا لبقية المجموعة الإرشادية (التدريبية) خلال القيام بتمثيل الدور . وقبل البدء بتمثيل الدور ، يجب أن يذكر المدرب جميع المشاركين بأدوارهم ومسؤولياتهم : فالممثل الرئيسي يطلب منه التقيد باتباع الخطوات السلوكية ، والممثل المساعد أن يتقيد بدور الشخص الثاني ، وبقية المتدربين أن يراقبوا بدقة وحرص تأدية الخطوات السلوكية . وفي بعض الأحيان تسهل التغذية الراجعة الصادرة من المتدربين الآخرين ، بتكليف كل واحد بمراقبة خطوة سلوكية واحدة للتركيز وتقديم تغذية راجعة بعد تمثيل الدور . ويمكن للمدرب لفت نظر المراقبين لتابعة بعض المؤشرات : وضع الجسم ونبرة الصوت ومضمون الحديث ، كما أن واحدا من المتدربين أو مساعد المدرب يمكن أن يقف أمام السبورة ويؤشر على كل خطوة سلوكية بمجرد أداءها . وهذا يساعد المتدرب الأول ، والمساعد على الأداء الناجح.

وعملية تمثيل الدور يجب أن تستمر إلى أن يأخذ كل متدرب الفرصة للمشاركة في دور الممثل الرئيسي . وقد يتطلب هذا جلسة أو ثلاث جلسات . وهناك بعض الطرق لزيادة فعالية تمثيل الدور (لعب الدور) . منها عكس الدور Role Reversal ، فالمتدرب (الممثل) الرئيسي أحيانا يجد صعوبة في إدراك وجهة نظر الطرف الآخر - Perceptive (Taking) ، كما أن هذا الأسلوب يفيد المتدربين المساعدين الذين يبدون ترددا في عرض مشاكلهم ووجهات نظرهم .

٣- التغذية الراجعة Feed Back

يتبع كل تمثيل دور فترة تغذية راجعة ، وهذا يساعد الممثل الرئيسي على أن يعرف مدى إتقانه أو عدم إتقانه للخطوات السلوكية . كما أنها تفحص النتيجة النفسية لتمثيل الدور على الممثل المساعد وتزود الممثل الرئيسي بالتحفيز على محاولة أداء سلوكيات المهارة خارج الجلسة في الحياة اليومية . ويجب على المدرب أن يطلب من الممثل الرئيسي أن ينتظر إلى أن يسمع تعليق كل واحد من المتدربين قبل أن يرد عليهم ، وأن يسأل الممثل المساعد عن ردود فعله أولاً ، ثم ثانياً: يتيح المجال لتعليقات واحد من المتدربين الآخرين (المراقبين) على مدى إتقان الخطوات السلوكية وأبعاد أخرى في لعب الدور ، وأخيراً يعلق المدرب على أداء الخطوات السلوكية ويقدم التعزيز الاجتماعي (المديح ، الموافقة ، التشجيع على الإتياع الأدق) . وحتى يكون المدرب أكثر فعالية في استخدام التعزيز يجب أن يتبع الشروط التالية :-

- ١- تقديم التعزيز فقط بعد لعب الدور الذي يتبع الخطوات السلوكية بشكل صحيح .
- ٢- تقديم التعزيز في أقرب فرصة ملائمة بعد تمثيل الأدوار المتبعة للخطوات السلوكية.
- ٣- التوزيع في محتوى التعزيزات المقدمة مثلاً : المديح لجوانب معينة في الأداء ، مثل نبرة الصوت ، وضع الجسم ، صياغة الكلام..... وهكذا .

٤- توفير نشاط لعب الدور لكل عضو في الجماعة لتأمين فرصة كافية له في الحصول على تعزيز .

٥- توفير التعزيز بكمية تتسق مع نوعية لعب الدور المقدم .

٦- عدم تقديم أي تعزيز عندما يخالف لعب الدور بشكل واضح الخطوات السلوكية للمهارة باستثناء المحاولة في الجلسة الأولى والثانية مثلاً .

٧- تقديم تعزيز لتحسن وتقدم الأداء الحالي للمتدرب مقارنة بالأداء السابق .

٨- تقديم تعزيز مستمر للممثل المساعد لكونه مساعداً ، متعاوناً..... وهكذا .

وتكون التغذية الراجعة بالطبع إما سلبية أو إيجابية في مضمونها ، والتعليقات السلبية يجب أن تتبع بتعليق بنائى لكيفية تحسين أو تجاوز خطأ معين . وعلى الأقل فإن الأداء "الضعيف" يمكن مدحه باعتباره "محاولة جيدة" بنفس الوقت الذي يتم انتقاده وتوضيح أخطائه الحقيقية . ويجب أن يعطى المتدربون الذين يفشلون فرصة أخرى لتمثيل دور نفس الخطوات السلوكية ثانية بعد تلقي التغذية الراجعة التصحيحية . وتعتبر الصورة المثلى لإجراءات التغذية الراجعة حين يتم تسجيلها على شريط فيديو ، أو شريط تسجيل ، وإعطاء المتدربين فرصة لسماعها ، أداة مساعدة مهمة ، مما يمكنهم من نقد لسلوكياتهم اللفظية وغير اللفظية وأثرها على الآخرين .

٤ - انتقال أثر التدريب Transfer Training

لقد صممت جميع الخطوات التدريبية بحيث يتم نقل خبرة تعلم هذه المهارات لبيئات الحياة الواقعية للمتدرب ، وهذا يتم من خلال تزويد المتدرب بمبادئ التوسط المعرفي العامة التي تحدد الأداء الكفوء الناجح في كل من مواقف التدريب والعالم الحقيقي ، ولقد استمدت هذه المبادئ من نتائج البحوث التجريبية الإجرائية ، والتي تشير إلى أهمية تزويد الأفراد بالمفاهيم والمبادئ والاستراتيجية أو المبرر والمنطق ، الذي يشرح علاقة الاستجابة بالثير **Stimulus / Response** ، والذي يتم في كل من مواقف التدريب والتطبيق . فالمبادئ العامة لاختيار المهارة تُعطى للمتدرب لفظيا ، وبصريا ، وفي شكل مكتوب . (Goldstein , 1988 : 73 - 85)

ولقد تطور منطق إدخال استراتيجيات التوسط المعرفي في علاجات التدريب على المهارات الاجتماعية بشكل واسع من نظرية التعليم الاجتماعي لباندورا **Bandura** والذي أشارت أبحاثه عن النمذجة بشكل خاص الى أن السلوك يكتسب عن طريق الآثار التوسطية للتشفير الرمزي والتنظيم المعرفي والتدريبات الرمزية والتجارب الحركية الآلية للمعلومات (Bandura , 1977, 1987) وطبقا لمفاهيم باندورا فان التأثيرات البيئية تتوسط العمليات المعرفية . أي أن توقع شخص ما لنتائج التعزيز (الضبط المسبق) له تأثير أقوى على الأداء السلوكي من النتائج المترتبة على استجابة معينة (ضبط النتائج) (Gresham & Lemanek , 1983) ولقد اعترف باحثون كثيرون بدور التوسط المعرفي في تعلم المهارات الاجتماعية مثل (Craighead , 1982 ; Kazdin , 1982 ; Kendall & Braswell , 1982) وتؤدي الطبيعة الذاتية المنظمة للتوسط المعرفي إلى المحافظة على وتعميم التغير السلوكي (Kendall & Braswell , 1982 ; Lochman & Lampron, 1988) .

وتنطوي جميع أساليب التوسط المعرفي على تعليمات ذاتية أو الكلام الخاص عند القيام بالمراقبة الذاتية ، وتقييم الذات وممارسة تعزيز وعقاب الذات ، وأيضا الضبط الذاتي والذي يتضمن التطبيق الشخصي لفتيات محددة يقوم بها أفراد من أجل تغيير سلوكهم ويشتمل التدريب على الضبط الذاتي **Self-Management** أيضا المراقبة الذاتية ، والتقييم الذاتي والتحديد الذاتي لاحتمالات حدوث السلوك ، بالإضافة للتعليمات الذاتية . (Maag , 1989, Bullock , Gable, & Rutherford , 1996 : 60 - 65)

عناصر انتقال أثر التدريب

أ - التعلم الزائد **Overlearning**

وهذا يعني تكرار تقوية الأداء الناجح للمهارة ، ويلاحظ أن التكرار يتم من خلال تعليم المهارة ، وخطواتها السلوكية ، وبالتالي مراعاة ما يلي :- ١- النمذجة لمرة عديدة ، ٢- تمثيل المتدرب للدور مرة ومرتين أو أكثر ، ٣- المراقبة الحية

من قبل المتدربين أثناء قيام المتدربين بلعب الأدوار ، ٤- قراءة الخطوات السلوكية من السبورة ومن بطاقة المهارة ، ٥- التبريز في مواقف الحياة الواقعية ، مرة وأكثر ، كجزء من قيام المتدربين بمهمة الواجبات البيتية الرسمية .

ب - العناصر المتماثلة Identical Elements

كلما كان التشابه أكثر بين المثير بين الشخصي والمادي ، في موقف المهارة الاجتماعية والبيت ، والمجتمع ، والمواقف الأخرى الممكن أن تستخدم فيها المهارة ، فإن احتمالية انتقال الخبرة التدريبية يكون أكبر . وطرق جعل المهارة الاجتماعية مشابهة للحياة الواقعية عديدة تتضمن :
١- تصميم عروضات النمذجة الحية لتكون مشابهة جدا لما يواجهه المتدربون في حياتهم اليومية . (الموقف ، أبطال الموقف ، الموقف نفسه) .

٢- تصميم تمثيل الأدوار لتكون مشابهة لمواقف الحياة الحقيقية من خلال الديكور ، الملابس ، والترتيب المادي للموقف ، واختيار الممثل المساعد ذو الصلة الواقعية بالموقف .

٣- تأدية تمثيل الأدوار لتكون إستجابية قدر الإمكان لمثيرات بين شخصية في الحياة الحقيقية ، والتي يجب على المسترشدين أن يستجيبوا فعلا لها لاحقا مستخدمين المهارة المعطاة .

٤- تجريب كل مهارة مقدمة من خلال تمثيل الدور والتي يخطط المسترشد لاستخدامها في مهمة الواجبات البيتية .

٥- التعزيز المقدم من الحياة اليومية الواقعية ، وهذا يتضمن التعزيز الخارجي (المقدم من الناس الذين يعيش المتدرب معهم ، والتعزيز الذاتي المقدم من المتدرب لنفسه) . (Goldstein , 1988 : 84 -86)

٥- الواجبات البيتية :

وهذه الفنية تعتبر ناجحة مع معظم المجموعات ، حيث يتم تدريب المتدرب على محاولة أداء السلوك الذي تدرب عليه خلال الجلسة ، في حياته الواقعية ، ويتم مناقشة اسم الشخص الذي سيحاول معه اليوم والمكان ، الخ ويطلب من المتدرب أخذ ملاحظات في أول محاولة نقل تدريب له ، وذلك على نموذج الواجب البيتي المقدم من المدرب . وهذا يتضمن معلومات عن ماذا حصل عندما قام المتدرب بالواجب البيتي ومدى إتقانه لتتابع الخطوات وخطوات المهارة السلوكية ، وتقييم المتدرب لأدائه ، وأفكاره حول ما هي المهمة التالية التي ستكون ملائمة . ويخصص الجزء الأول من كل جلسة تدريبية لتقديم ومناقشة تقارير الواجبات حيث يقدم المدرب التعزيز الاجتماعي في حالة النجاح ، والتعبير بخيبة الأمل في حالة الفشل أو عدم القيام بها . (Goldstein , Sprafkin , Gershaw & Klein , 1980: 45)