



نظريات الإرشاد النفسي (٢)





منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

نظريات الإرشاد النفسي

(٢)

الدكتور كمال يوسف بلان

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

١٤٣٩ - ١٤٤٠ هـ
٢٠١٧ - ٢٠١٨ م

جامعة دمشق



محتويات الكتاب

رقم الصفحة	العنوان
٩	مقدمة الكتاب
١١	الفصل الأول: نظرية السمات والعوامل
١٣	- مدخل
١٨	- المفاهيم الأساسية للنظرية
٢٥	- أهداف نظرية السمات والعوامل
٢٨	- عملية الإرشاد النفسي
٣٧	- بعض فنيات النظرية
٤١	- تقويم النظرية
٤٨	- بعض التطبيقات
٥٥	الفصل الثاني: الإرشاد السلوكي
٥٧	- مدخل
٥٨	- مصادر النظرية
٦٢	- أهداف النظرية
٦٤	- عملية الإرشاد النفسي
٧١	- النظرة للاضطراب النفسي
٧٧	- بعض أساليب الإرشاد السلوكي
٨٤	- تقويم النظرية
٨٧	- بعض التطبيقات

٩٩	الفصل الثالث: الإرشاد المعرفي
١٠١	- مدخل
١٠٤	- مصادر ومفاهيم النظرية
١٠٧	- أهداف النظرية
١١٠	- عملية الإرشاد المعرفي
١١٨	- النظرة للاضطراب النفسي
١٢٥	- بعض تقنيات الإرشاد المعرفي
١٢٧	- تقويم النظرية
١٢٩	- بعض التطبيقات
١٣٣	الفصل الرابع: الإرشاد المعرفي السلوكي
١٣٥	- مدخل
١٣٧	- المفاهيم الأساسية للنظرية
١٤٤	- أهداف النظرية
١٤٥	- عملية الإرشاد المعرفي السلوكي
١٤٨	- النظرة إلى الاضطراب النفسي
١٥١	- بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي
١٦٩	- تقويم النظرية
١٧٦	- بعض التطبيقات
١٨٣	الفصل الخامس: الإرشاد بالواقع
١٨٥	- مدخل
١٨٨	- المبادئ الأساسية للنظرية
١٩١	-- أهداف النظرية

١٩٢	- نظرة الإرشاد الواقعي للشخصية
١٩٤	- السلوك غير المتوافق واضطراب الشخصية
٢٠٣	- عملية الإرشاد بالواقع
٢١٠	- بعض فنيات الإرشاد بالواقع
٢١٤	- تقويم النظرية
٢١٨	- بعض التطبيقات
٢٢٧	الفصل السادس: الإرشاد بالمعنى
٢٢٩	- مدخل
٢٣١	- الجذور الفلسفية والتاريخية للنظرية
٢٣٧	- المفاهيم الأساسية للنظرية
٢٥٥	- أهداف النظرية
٢٥٦	- عملية الإرشاد بالمعنى
٢٦٠	- النظرة للاضطراب النفسي
٢٦٤	- بعض فنيات الإرشاد بالمعنى
٢٦٨	- تقويم النظرية
٢٧٣	- بعض التطبيقات
٢٨١	الفصل السابع: الإرشاد متعدد الوسائل
٢٨٣	- مدخل
٢٨٥	- المفاهيم الأساسية للنظرية
٢٨٩	- أهداف النظرية
٢٩٠	- عملية الإرشاد متعدد الوسائل
٢٩٨	- النظرة للاضطراب النفسي

٣٠١	- بعض فنيات الإرشاد متعدد الوسائل
٣٠٢	- تقويم النظرية
٣٠٣	- بعض التطبيقات
٣٠٩	الفصل الثامن: الإرشاد بتحليل التعاملات
٣١١	- مدخل
٣١٣	- القضايا الأساسية للنظرية
٣٢٩	- أهداف النظرية
٣٣١	- عملية الإرشاد بتحليل التعاملات
٣٣٥	- النظرة للاضطراب النفسي
٣٣٩	- بعض التقنيات المستخدمة في النظرية
٣٤٢	- تقويم النظرية
٣٤٥	- بعض التطبيقات
٣٤٩	الفصل التاسع: أوجه الشبه والاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي
٣٥١	- أوجه الشبه والاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي
٣٥٣	- وحدة المبادئ العامة لنظريات الإرشاد النفسي
٣٥٩	- بعض المقارنات بين نظريات الإرشاد النفسي
٣٩٣	المراجع العربية
٤٠٦	المراجع الأجنبية
٤٠٩	ثبت المصطلحات العلمية

مقدمة الكتاب

أسهمت تعقيدات الحياة المعاصرة بمظاهرها المختلفة في زيادة المتطلبات المتوقعة من الفرد الذي يعيش في علاقة تفاعلية مع البيئة ومتغيراتها، والتي تتطلب منه التكيف معها والنمو من خلالها بحيث تتوافق فيها جميع جوانب شخصيته. ونتيجة لعدم التوافق أحياناً مع متغيرات البيئة تبرز كثير من الأحداث والمواقف التي تقود إلى ظهور اضطرابات سلوكية أو مشكلات نفسية واجتماعية. وبناء على ذلك تعاظمت مسؤولية الإرشاد النفسي الذي تركز برامجه وخدماته واستراتيجياته الإنمائية والوقائية والعلاجية على رعاية النمو السليم للفرد والارتقاء بسلوكه، وتعديل النماذج السلوكية غير المرغوب فيها وتوجيهها بما يتلاءم مع قدرات الفرد وميوله، بحيث أصبحت الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد في مدارسنا وأسرنا والمجتمع بشكل عام.

كان التوجيه والإرشاد فيما مضى موجوداً ويمارس دون أن يستند إلى أسس علمية وبرامج إرشادية منظمة. ومع تقدم الحياة تطور الإرشاد النفسي وأصبح له أسس ونظريات ومجالات وبرامج وتقنيات، ويمارسه أخصائيون نفسيون يتم إعدادهم في الجامعة ويخضعون لدورات تدريبية متخصصة في الإرشاد والعلاج النفسي. وتكون نظريات الإرشاد النفسي القاعدة والانطلاق للمرشد لفهم المسترشد ذاته وتكوين نظرة صحيحة عن العالم الذي يعيش فيه، ومساعدته على تجاوز الصعوبات وحل المشكلات التي تواجهه.

يستعرض هذا الكتاب مجموعة من النظريات الإرشادية (العلاجية)، وكان يمكن التطرق إلى نظريات أخرى، لو سمح حجم الكتاب بذلك. ويعترف مؤلف هذا الكتاب بأن بعض النظريات المطروحة لم تلق التوضيح اللازم، لأن

نظريات الإرشاد النفسي تحتاج إلى مجموعة كتب، بل مجلدات إذا أعطاها المؤلف حقها من العرض والتحليل.

لقد لاحظ المؤلف ندرة المؤلفات الأصلية في نظريات الإرشاد النفسي والتشابه من حيث المضمون من جهة أخرى، وتطابق مضمون بعضها أحياناً. كما شعر المؤلف وهو يبحث في هذه النظريات أنه في غابة متنوعة الأشجار، فالتوافق أحياناً والاختلاف أحياناً أخرى واضح بين هذه النظريات، بل حتى التناقضات أحياناً. والباحث فيها يجد أنها مختلفة ومتشعبة في فلسفتها وأهدافها ومفاهيمها وطرائقها بالرغم من استفادة كل نظرية من سابقتها.

لقد غلب على عرض كل نظرية الوصف الموضوعي بالدرجة الأولى مع بعض التحليل والنقد، واعتبر المؤلف نفسه صديقاً لكل نظرية عرضها في هذا الكتاب، لأن كل نظرية تحقق نتائج طيبة إذا توفرت لها الظروف المواتية.

يهدف هذا الكتاب إلى تزويد الطلبة ب:

- المبادئ الأساسية لنظريات الإرشاد النفسي.
 - أهداف كل نظرية وسير عملية الإرشاد فيها.
 - نظرة كل نظرية للاضطراب النفسي.
 - التعرف على أهم فنيات الإرشاد النفسي لكل نظرية وتطبيقاتها.
 - تقويم كل نظرية بإيجابياتها وسلبياتها.
- وكلنا أمل بأن تكون نظريات الإرشاد النفسي دليل عمل لطلابنا الأعزاء والمرشدين النفسيين. والله الموفق.

المؤلف

د. كمال بلان

الفصل الأول

نظرية السمات والعوامل

(Trait – Factor)

١- مدخل

٢- المفاهيم الأساسية للنظرية

٣- أهداف نظرية السمات والعوامل

٤- عملية الإرشاد النفسي

٥- بعض فنيات الإرشاد

٦- تقويم النظرية

٧- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

تمثل السمات اللبانات الأساسية لبناء الشخصية، وتأخذ مكاناً مركزياً في نظرة آيزنك (Eysenck) للسلوك، حيث يرى أن السمة هي اتساق ملحوظ في عادات الفرد أو أفعاله المتكررة. أما العامل فهو تنظيم ملحوظ من السمات. فالعامل أكثر عمومية وشمولية من السمة، ويضم السمة بوصفها جزءاً مكوناً. هذا وتُعتبر السمة عن خاصية مستقرة ودائمة نسبياً للشخصية، تميل بها إلى أداء سلوكيات معينة في المواقف المتعددة (Santork). وهي أيضاً أبعاد محددة تختلف مواقع شخصيات الأفراد عليها بصورة متسقة وثابتة نسبياً (Baron & Kalsher). (نقلاً عن رزق، ٢٠٠٩، ص ٩٩ - ١٠٠).

تعرف السمة باعتبارها صفة للشخصية ثابتة نسبياً ومستقرة، ووفقاً لذلك فإن الناس يختلفون في سلوكهم بسبب اختلاف سماتهم وقابليتهم. وهي طريقة دائمة للتأثير في السلوك بشكل نسبي في المواقف المختلفة التي ترتبط معها بعلاقة معينة، فالشجاعة مثلاً سمة إذا ما نظرنا إليها على أساس أن الشخص الذي يظهر الشجاعة في موقف معين سوف يعمل على إظهارها في مواقف أخرى ذات علاقة بالموقف الأصلي.

ويرى العلماء بأن السمة تمثل جانباً من خصائص الشخصية له ثبات نسبي، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

١- السمات السلوكية: وهي الاستجابة للمثيرات بطريقة معينة في المواقف المتشابهة أو ذات العلاقة بعضها ببعض.

٢- السمات المورفولوجية: وهي السمات المتعلقة بالشكل العام الخارجي للجسم. وللسمات الجسمية تأثير على شخصية الفرد ويمكن قياسها والتعامل

معها بطرق متعددة ومن السمات الجسمية المعروفة الطول والوزن وحجم الجسم وشكل الوجه والجمجمة.

٣- السمات الفيزيولوجية: ومن أشهرها السمات الكيميائية التي قادت العلماء إلى ربط الشخصية بإفرازات الغدد وأقدم هذه النظريات هي التي وضعها أبيقراط وأشار إلى ارتباط الصفات المزاجية بسوائل الجسم والتي عمل غالينوس فيما بعد على تفسيرها وتوسيعها.

(عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٧٥ - ١٧٦)، (القذافي، ١٩٩٣، ص ٢٤٣ - ٢٤٤).

ويرى "هول ولندزي" أن جوهر نظرية السمات والعوامل "يتكون عادة من مجموعة من المتغيرات أو العوامل الفائقة التخصص التي تكمن وراء ذلك التعقيد الشامل للسلوك بل وتفسره" (هول ولندزي، ١٩٧١، ص ٤٩١). حيث تركز نظرية السمات والعوامل على السمات الشخصية والفروق الفردية بين المسترشدين وعلى عملية القياس والتشخيص، ويكون التركيز الأساسي في هذه النظرية على التشخيص الفارقي واستخدامه في الإرشاد النفسي، كما يُعد القياس النفسي عنصراً أساسياً في الإرشاد.

ويمكن تقسيم المراحل الأساسية لتطور نظرية السمات والعوامل في الإرشاد النفسي إلى مراحل أربع، حيث حدد منها بيبينسكي (Pepinsky) (١٩٥٤) المراحل الثلاث الأولى:

المرحلة الأولى:

حيث تتصف بالاهتمام بتطوير وسائل لقياس خصائص المسترشدين مثل الاستعدادات، والقدرات، والميول، والاتجاهات، والشخصية، التي يمكن استخدامها في توقع النجاح التعليمي والمهني. وكان الهدف من ذلك هو

استخدام هذه الأدوات في البرامج العلمية للاختيار والتوجيه المهني اعتماداً على طرق موضوعية. وقد بدأت هذه المرحلة مع بدايات القرن العشرين وانتهت تقريباً مع بدايات الحرب العالمية الثانية.

ومن روادها الأوائل هوجو مستريوج (Hugo Mansterberg) الذي استخدم الاختبارات النفسية المتاحة لقياس القدرات، وذلك للتعرف على العمال الذين يتوقع ملاءمتهم من خلال الأداء المناسب. ثم قدم بارسونز (Parsons) فكرة التوجيه المهني للشباب المشكل حيث اعتمدت طريقته على الحس العام في تقدير ميول الطلاب واستعداداتهم إضافة إلى بعض الاختبارات الخاصة بالجوانب الحسية الحركية.

- وقد وصف "بارسونز" التوجيه المهني بأنه يزود الشباب بالجوانب التالية:
- الفهم الواضح لأنفسهم وللاستعدادات وقدراتهم وميولهم وطموحاتهم وإمكانياتهم ونواحي القصور الموجودة لديهم وأسبابها.
 - معرفة بمطالب النجاح وشروطه والميزات والتعويضات والفرص والآمال الموجودة في كل فرع من فروع العمل.
 - استخدام العلاقة السببية بين هذين الجانبين (Patterson, 1986, p 20).
 - ولا تزال فكرة "بارسونز" شائعة اليوم في مقولة تتردد على الألسن: "الشخص المناسب في المكان المناسب".

ثم ظهرت مجموعة من الباحثين في مجال علم النفس الفارق ومنهم "سكوت" (Scott W.D.)، و"باترسون" (Patterson D.G.) اللذان عملا في جامعة مينيسوتا. وقد استخدم باترسون وزملاؤه الاختبارات والمقاييس النفسية لتحليل قدرات الشباب والراشدين المتعطلين عن الدراسة والعاطلين عن العمل. ويصف باترسون الإرشاد في تلك المرحلة بأنه يهتم بالنمو الكلي للفرد، وفي

هذا الصدد يقول باترسون: "إن مرشدي التوجيه يهتمون بالطلاب كأفراد في عملية التوافق مع الحياة، وفي هذا الإطار فإن المرشد يتجاوز الدور الذي يقوم به المدرس وذلك ليتمكن من أن يعتبر الطالب كائناً بشرياً متكاملًا". (Burks, 1979, p 92)

المرحلة الثانية:

وقد شهدت هذه المرحلة تطوير النماذج الخاصة بعملية الإرشاد وكذلك مفهوم التشخيص الفارقي بحيث أصبحت تشتمل على مجموعة من جوانب مشكلات التوافق بالإضافة إلى الجوانب التعليمية والمهنية. وقد حث ويليامسون (Willamson) المرشدين أن يجرؤوا التشخيص لكل من الطلاب العاديين والمشكلين، وأن يمتد تشخيصهم إلى كل جوانب الطلاب. كما أدخل "بيبنسكي" (١٩٤٨) تحسينات عليها ووضعها تحت عناوين هي:

١- نقص التأكيد أو الثقة بالنفس Lack of assurance

٢- نقص المعلومات Lack of information

٣- نقص المهارة Lack of skill

٤- الاعتمادية Dependence

٥- الصراع الذاتي Self-Conflict

٦- قلق الاختيار Choice Anxiety

(الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٨٠)

كما وضع "ويليامسون" و"دارلي" (Darley) (١٩٣٩) نموذجاً لطريقة السمات والعوامل في الإرشاد، حيث اعتبرا الإرشاد يشتمل على ست خطوات هي: التحليل، التركيب، التشخيص، المال، الإرشاد، المتابعة (وسنوضح هذه الخطوات لاحقاً). ويركز هذا النموذج تركيزاً رئيسياً على التشخيص الفارقي.

المرحلة الثالثة:

اهتمت هذه المرحلة من تطور نظرية السمات والعوامل بالدراسات القائمة على التحليل العاملي، ويعتبر "ثرستون" (Thurston) رائد استخدام أساليب التحليل العاملي في علم النفس الفارقي، حيث أجرى التحليل على البيانات الناتجة عن الاختبار والبيانات الخاصة بالمحك المستخدم. كما تم وضع فروض كثيرة حول السمات والمحكمات موضع الاختبار، حيث قامت محاولة لإعادة تجميع السمات التي يظهر التحليل العاملي تجانسها (عبد العزيز، ٢٠٠١، ص ١١٣). كما اهتم كاتل (Cattell) بطريقة التحليل العاملي متأثراً بأعمال "ثرستون"، حيث ركزت دراساته على الشخصية وعلم الوراثة البشري، كما وضع العديد من الاختبارات النفسية.

المرحلة الرابعة:

وقد أطلق عليها "ويليامسون" و"بيجز" (Willamson & Bigges) تسمية المرحلة الفلسفية والتنظيرية، حيث وجد المرشدون الذين يستخدمون هذه الطريقة (السمات والعوامل) أنفسهم وقد وصفوا بأنهم مباشرون يفرضون إرادتهم على التلاميذ الذين لا حول لهم ولا قوة. ورأى "ويليامسون" أن على المرشدين أن لا يترددوا في التأثير على الطلاب الذين يعملون معهم. كما شهدت هذه المرحلة أيضاً تطويراً للتوصيفات المنهجية لطريقة السمات والعوامل في الإرشاد. واقترح "ويليامسون" مجموعة من الأساليب الفنية، وأن تكون الأساليب المستخدمة مناسبة للفرد والمشكلة، وبذلك فقد حدد خمسة أساليب فنية للإرشاد وهي:

١- تكوين الألفة (العلاقة الإرشادية).

٢- المساعدة على فهم الذات.

٣- النصح أو التخطيط لبرنامج إجرائي.

٤- المساعدة بشكل مباشر في استخدام الخطط.

٥- إجراء التحويلات للمتخصصين في المجالات الأخرى.

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية

تعتبر نظرية السمات والعوامل أن السلوك الإنساني يمكن ترتيبه وقياسه على تدرجات من السمات أو العوامل المحددة. والسمة عبارة عن خاصية ثابتة، دائمة نسبياً للشخصية، تميل بها إلى أداء سلوكيات معينة في المواقف المتعددة. وعلى الرغم من أن منظري السمات يختلفون حول السمات التي تكون الشخصية، إلا أنهم يفتقرون حول كون السمات تمثل اللبنات الأساسية لبناء الشخصية. ونعرض فيما يلي بعض المفاهيم الأساسية لنظرية السمات والعوامل:

١- وجهة نظر ويليامسون (Willamson):

يحدد ويليامسون (حسب باترسون، ١٩٨٦) خمسة أسئلة رئيسة يواجهها المرشد ويحتاج للوصول إلى إجابات عنها ومعاودة تمحيص هذه الإجابات:

أ - ما طبيعة الإنسان؟

ينبغي على المرشدين أن يكونوا متفائلين في أن الإنسان عن طريق التربية يمكن أن يحقق ذاته وأن يواصل الكفاح من أجل تحقيق الذات. وأن يقتنعوا بأن الإنسان كائن عاقل قادر على التفكير واستخدام العلم في تطوره الشخصي وفي تقدم البشرية. وقادر على حل مشكلاته بخاسة إذا تعلم أن يستفيد من قدراته.

يولد الإنسان ولديه الطاقة لكل من الخير والشر، وإن معنى الحياة هو أن نبحث عن الخير وأن نرفض الشر أو على الأقل نضبطه، وبذلك فإن الدرجة

التي يصبح بها الإنسان كائناً بشرياً كاملاً تتحدد بمعيار الضبط المستتير للذات والذي يمكن تحقيقه في اتجاه الإنسانية الكاملة.

ب - ما طبيعة النمو الإنساني؟

يولد الإنسان ولديه إمكانيات الخير والشر، ويعيش في مجتمع معين يلبي حاجاته وينمي إمكانياته ويوجه سلوكه من خلال التفاعل مع الآخرين. وإن الناس يحتاجون لبعضهم بعضاً لتحقيق أقصى نمو لإمكاناتهم وطاقاتهم. ويتبنى ويليامسون مقولة هيربرج (Herberg) من أن "النفس البشرية تنزع فقط في المجتمع وليس لها وجود بمعزل عنه" وكما يرى روسو (Russo) أن الإنسان يولد صالحاً ولكن المجتمع هو الذي يفسده.

ج - ما طبيعة الحياة الطيبة (السعادة)؟

إن طبيعة الحياة الطيبة الجيدة مشكلة عبر كل العصور، إنها مسألة لا يمكن الإجابة عنها بشكل قاطع وإنما بشكل مؤقت أو تقريبي. ولا يمكن القول بأن تحقيق ذات الفرد وإمكاناته هو أحسن طبيعة أو صورة الطاقة الكاملة، وتحقيق الذات تكون هي أفضل الممكن أو الصورة الطيبة للطبيعة الإنسانية. وفي الواقع إن الإنسان بوسعه أن يصبح أفضل ما يمكن أن يكون وإن أحد أبعاد طيب الحياة هو تحقيق مفهوم الامتياز في كل جوانب النمو البشري.

د - ما طبيعة تحديد الحياة الطيبة؟

ومن الذي يقرر ما هو الجيد أو الطيب؟ وهناك إجابات كثيرة على هذه التساؤلات، فالمدرسون والآباء في محاولة إملاء أو فرض شكل الحياة الطيبة في نظرهم قد يعوقون بحث الطلاب عن هذا الشكل، وربما يكون البحث في حد ذاته هو الحياة الطيبة.

هـ - ما طبيعة الكون:

وما هي علاقة البشر بهذا الكون؟ هنا ينبغي علينا جميعاً المرشدين والمسترشدين أن نصوغ تصورنا الخاص حول هذه الجوانب.

(Patterson, 1986, p 23-24)

٢- وجهة نظر كاتل (Cattel):

يرى كاتل أن السمة هي بنيان عقلي يتم استنتاجه من خلال السلوك الملاحظ، ويفسر اتساق السلوك في المواقف المختلفة. وباستخدام التحليل العاملي توصل إلى وجود (١٦) عاملاً أو سمة مصدرية (وهي السمات المركزية التي تمثل المتغيرات الكامنة التي يعتقد أنها تفسر معظم السمات الظاهرية الهامة للشخصية) لوصف الشخصية والتنبؤ بالسلوكيات المستقبلية، والعوامل هي:

- * التحرر - المحافظة
- * الدهاء - السذاجة
- * الاتزان الانفعالي - التأثير بالمشاعر
- * السيطرة - الخضوع
- * عدم الجدية - الجدية
- * قوة الضمير - ضعف الضمير
- * المخاطرة - الجبن
- * الحساسية الانفعالية - التبلد الانفعالي
- * التوتر - الاسترخاء
- * الشك - الثقة
- * التخيل - الاهتمام العملي

* الخوف - تأكيد الذات

* التجريب - الحذر

* الاكتفاء الذاتي - الاعتماد على الجماعة

* الضبط - عدم الضبط

* الذكاء المرتفع - الذكاء المنخفض. (الريماوي وآخرون، ٢٠٠٤)

٣- وجهة نظر أيزنك (Eysenck):

توصل أيزنك من خلال تطبيق اختبارات الشخصية على عدد كبير من الأفراد وتحليل نتائجهم، إلى وجود أربعة عوامل رئيسية (أو كما سماها أبعاد الشخصية) وهي:

(١) الانبساطية: Extraversion من حيث هو عامل يتكون من السمات الأولية الآتية: الميول الاجتماعية، والانذفاعية، والميل إلى المرح، والحيوية، والنشاط، والاستثارة، وسرعة البديهة، والتفاؤل.

(٢) العصابية: Neuroticism وتشير إلى الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي أي العصاب Neurosis ، وتشير الدرجات المرتفعة للأفراد على بعد العصابية إلى عدم الثبات الانفعالي، والمبالغة في الاستجابة الانفعالية، ومن سماتهم: القلق والاكتئاب والشعور بالذنب وانخفاض احترام الذات والتوتر وعدم المعقولية والخجل وتقلب المزاج والانفعالية.

(٣) الذهانية: Psychoticism وهي بعد أساسي أو نمط في الشخصية، ويشير ارتفاع درجة الذهانية إلى قابلية الفرد لتطوير شذوذ نفسي، ويوصف بما يلي: عدواني، بارد، قاس، مضاد للمجتمع، متمرکز حول ذاته، لا يتأثر بالمشاعر الشخصية، مندفع، متبلد، قادر على الإبداع أحياناً، صارم العقل، متصلب، يصفه من حوله بأنه غريب.

(٤) المراءاة (الكذب): Lie ويختص هذا البعد بتحديد درجة مصداقية المفحوص من حيث الميل للخداع والتزييف وتجميل الذات والدفاعية والحساسية والجمود والسلبية وفقد الشعور بالأمن ونقص الاستبصار بالذات وغلبة التوتر أو الاستقلال والإفصاح والنضج ورغبة في الإقرار بالعيوب. (عبد الخالق، ١٩٩١، ص ٢٣).

- إن الانبساط والانطواء مصطلحان أصبحا مألوفين بفضل أعمال الطبيب النفسي السويسري كارل يونغ، ويدلان على نموذجين من الشخصية يتجهان قليلاً أو كثيراً نحو العالم الخارجي أو نحو العالم الداخلي. إنهما جزء من تخطيطية معقدة جداً تشمل - في رأي يونغ - جوانب الشخصية الأربعة: الفكر، العاطفة، الإحساس، والحدس. وكل شخص يمكنه أن يكون انبساطياً أو انطوائياً. وبينت الدراسات ذات المستوى الواسع التي انصبت على موضوع الشخصية، أن الانبساطي النموذجي اجتماعي، يحب الاجتماعات ولديه أصدقاء كثيرون وبحاجة إلى أن يتكلم، ولا يحب القراءة والدراسة وحده، إنه يقبل المخاطر، بل يبحث عنها، إذ يتصرف دون أن يمنح نفسه مهلة التفكير حين يتكلم، اندفاعي ويحب المزاح، وهو حاضر الجواب، غير مبال، متفائل، ويحب الضحك والتسلية، ويفضل الحركة والعمل، ويميل إلى أن يكون عدوانياً، غضوباً، لا يضبط ذاته وليس جديراً بالثقة دائماً. أما المنطوي النموذجي فإنه على العكس فرد هادئ، قليل الانفتاح يفضل قراءة الكتب على لقاء الناس، وهو متحفظ وصدقاته محدودة. ويميل إلى التروي والتخطيط، ويفكر قبل أن يعمل، ويحذر من الاندفاعات الآنية، ولا يحب الهياج، ويأخذ الأحداث اليومية على محمل الجد الذي يناسب ويقيم نمطاً من الحياة منتظماً جداً، ويراقب عواطفه ومن النادر أن يكون عدوانياً، ولا يغضب بسهولة، إنه واثق من نفسه، متشائم، ويعطي أهمية كبيرة للمعايير الأخلاقية، يكون موضع ثقة الآخرين في غالب

الأحيان.(سيلامي، ٢٠٠٠، ص ٣٢١-٣٢٢)، (Eysenck & Eysenck, 1975, p 415)

ويلاحظ أن المنبسط يميل إلى الحركة والحيوية والنشاط ويحب المشاركة في الرحلات والألعاب الرياضية، إنه يتحدث بثقة وبصوت مرتفع، بينما يتحدث المنطوي بصوت منخفض. ويميل المنبسط في الأغلب إلى البدانة وامتلاء الجسم، بينما المنطوي يميل إلى النحافة. ويميل المنطوي أيضاً إلى تحليل نفسه ونقدها، ويتصف تفكيره بالذاتية ويكثر التأمل في ذاته وفي مشاعره وآلامه وآماله. يميل إلى الخيال الجانح والاستغراق في الأوهام، وتستولي عليه أحلام اليقظة التي يحقق فيها آماله وتطلعاته التي يعجز عن تحقيقها في عالم الواقع. فنجده يجمع الثروة ويحرز النجاح والتقدم في عالمه الخيالي ... كذلك إذا كان لنا أن نقارن بين تفكير المنطوي والمنبسط، فالمنطوي مثالي، رمزي، ذاتي، نظري. بينما المنبسط، واقعي، عملي، تجريبي. كذلك نجد المنطوي يفضل الأنشطة والألعاب العقلية الداخلية، بينما المنبسط يفضل الأنشطة الرياضية والحركية.

إن عرض صفات كل من الانطوائي والانبساطي، تجعلنا نتساءل: أيهما أفضل: المنطوي أو المنبسط؟ وللدرد على هذا التساؤل يرى العيسوي أن: الوضع المثالي أن نكون وسطاً بين الانطواء والانبساط، وأن نأخذ بقدر من كل منهما (العيسوي، ٢٠٠٤، ص ١٥٥).

٤- نموذج العوامل الخمسة:

أسفرت نتائج البحوث الحديثة التي استخدمت التحليل العاملي عن وجود خمسة عوامل عليا، ثابتة نسبياً خلال مراحل الحياة وخلال الثقافات المتعددة، تصف الأبعاد الرئيسة للشخصية، وتسمى هذه العوامل العليا أحياناً بنموذج العوامل الخمسة أو الخمس الكبرى. كما هو مبين في الجدول أدناه.

العوامل الخمسة الكبرى وسماتها (Kosslyn & Rosenberg, 2004)

السمات	وامل العليا
الدفاء، الاجتماعية، البحث عن المتعة، العواطف الايجابية.	الانبساطية Extraversion
القلق، العدوان، الاكتئاب، الاندفاعية، الحساسية للنقد.	العصابية (الانفعالية) Neuroticism
الثقة، الخضوع، الحشمة، الإيثار، الاستقامة.	المقبولية Agreeableness
التنافس، النظام، الكفاح من أجل التفوق، القصدية، انضباط الذات، الشعور بالواجب.	الضميرية (الانجاز) وفقاً لما يمليه الضمير Conscientiousness أو الاعتمادية
المغامرة، الرياضة، المشاعر، الأفعال، الأفكار، القيم، الاستقلالية.	الانفتاح على الخبرة Openness to Experience

نقلاً عن (الريماوي، ٢٠٠٤، ص ٥٥٣)

ويحدد البحث في العوامل الخمسة الكبرى مدى ظهور العوامل في "بروفيل" الشخصية في الثقافات المختلفة، ومدى استقرار هذه العوامل خلال الزمن. كما يحدد القدرة التنبؤية لهذه العوامل بالصحة العقلية والجسمية. وكلما

أثبت البحث أن هذه العوامل أكثر عالمية واستقراراً وقدرة تنبؤية، كنا أكثر ثقة بأنها تصف بالفعل السمات الرئيسة الهامة للشخصية.

كشفت نتائج الدراسات الحديثة (Santrock, 2003) العلاقة التفاعلية بين السمة والموقف كما يلي:

- كلما كانت السمة أكثر تحديداً زاد احتمال التنبؤ بالسلوك.
- يظهر بعض الأفراد اتساقاً على السمات، فيما يظهر آخرون اتساقاً على سمات أخرى.

- يكون لسمات الشخصية تأثير أكبر على سلوك الفرد عندما يكون تأثير الموقف أقل فاعلية. (الريماوي، ٢٠٠٤، ص ٥٥٤).

ثالثاً: أهداف نظرية السمات والعوامل

إن الهدف العام من الإرشاد بطريقة السمات والعوامل هو تعليم المسترشدين المهارات الخاصة باتخاذ القرارات المؤثرة عن طريق مساعدتهم على تقويم خصائصهم بشكل أكثر فاعلية، وربط هذه التقويمات الذاتية مع المحكات الاجتماعية والنفسية الهامة. ويفترض المرشدون الذين يستخدمون نظرية السمات والعوامل في عملهم الإرشادي أن المهارات العالية في اتخاذ القرارات تعتمد اعتماداً كبيراً على كل من المعلومات الوجدانية والمعلومات المتصلة بالعمليات العقلية والجوانب المعرفية. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٩٢)

ونحدد فيما يلي أهم أهداف ومسلمات الإرشاد وفق نظرية السمات والعوامل:

- تتحدد أهداف الإرشاد في صورة تختلف من فرد لآخر، أي أنها تقوم على أساس فردي، وتركز على الحاجات الخاصة لكل مسترشد على حدة. ويستخدم المرشد الأساليب الفنية التي تناسب فردية كل مسترشد.

- مساعدة المسترشدين على حل المشكلات التي يبحثون فيها عن مساعدة، وإن محكمات التقويم تخصص لتناسب مشكلات كل مسترشد.
- يزود المرشد المسترشدين بمجموعة متنوعة من المعلومات الاجتماعية التي يمكن للمسترشدين استخدامها للمقارنة ولتحسين تقويمهم الذاتي لخصائصهم، وللتعرف على أوجه استخدام هذه التقديرات.
- الاهتمام بالمجتمع وبنمو شخصية الفرد داخل المجتمع كي لا تنمو شخصية منعزلة ومضادة للمجتمع.
- العمل على تحقيق الخير وتقليل الشر في طاقة الإنسان.
- إن التعليم وسيلة ضرورية لمساعدة الإنسان على تحقيق ذاته.
- مساعدة المسترشدين على تنمية طاقاتهم الكاملة أو أفضل ما يمكن منها.
- التقبل غير المشروط للمسترشد، وهذا يؤدي إلى تنمية طاقته لأقصى حد ممكن.
- الاهتمام بكلية النمو الإنساني، حيث يعتبر النمو الإنساني كفاً هادفاً من أجل الأحسن والذي يشتمل على مستويات النمو التي يحددها المسترشد على أنها المستويات المرغوبة في الحياة.
- الاهتمام بالتطور المهني عبر سلسلة من مراحل الحياة.
- مساعدة المسترشدين على تحقيق مفهوم الامتياز في كل جوانب النمو البشري.
- مساعدة المسترشد في اتخاذ القرارات الصحيحة والفعالة بمهارة، وذلك بمساعدته في تقويم خصائصه بشكل أكثر فاعلية ودقة ومساعدته على عمل خيارات أفضل في الحياة.

- ضرورة وجود علاقة إرشادية اختيارية، وتقع على المرشد مسؤولية تحفيز المسترشدين، وهم أولئك الطلاب الذين تدفعهم حاجاتهم بل ورغباتهم في مقاومة الإرشاد.

- إن الإرشاد يكون ضرورياً عندما يواجه الطلاب مشكلات لا يستطيعون حلها بأنفسهم. والإرشاد في مثل هذه الحالات يكون علاجياً، ولكن الإرشاد ينبغي أن يشمل أيضاً أولئك الذين لا يتقدمون في نموهم (الإرشاد النمائي).

- إن العلاقة الإرشادية علاقة محايدة فيما يتصل بالتوجيه والالتزام بالقيم، وينبغي على المرشد أن يبتعد عن النقد.

- إن الحياة بحث عن سلم من الالتزامات القيمية. وعلى نظرية الإرشاد أن تعطي ترتيباً هرمياً لمختلف القيم المتضمنة في الوجود. وينبغي لهذا التدرج أن يكون مرناً. وتشتمل هذه القيم على: المنطق - السلوك الشريف - التعاون - الإحسان - الاستقلالية - الشجاعة - الكرم - الحساسية - الاتجاهات البناءة والإيجابية - ومستوى عال من الطموح أو السعي نحو الكمال. وهناك قيم أكثر عمومية تضم الاهتمام بالآخرين، والسعي للتميز في كل الأشياء، وسيطرة العقلانية والبحث عن الإنسانية الكاملة. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٨٦)

- الإرشاد من أجل النمو الذاتي يجب أن يتاح لكل شخص. وإن الهدف من الإرشاد لا ينتهي بتقبل وتفهم الذات فيما يتصل بالمشاعر والانفعالات، وإن الإنسان في رأي ويليامسون فرد لديه مشاعر، ومساعدة المسترشد الشعور بأنه طيب يعتبر هدفاً للإرشاد.

- احترام قيمة وكرامة المسترشدين الذين نرشدهم والقائم على أساس المعرفة بالنضال غير المحدود للإنسانية لتحقيق طبيعتها الإنسانية الكاملة.

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي

قدم "ويليامسون" مجموعة من التعريفات للإرشاد حيث اعتبر الإرشاد واحداً من العمليات الشخصية والفردية المصممة لمساعدة الفرد على أن يتعلم المواد الدراسية وخصائص المواطنة والقيم والعادات الاجتماعية والشخصية، وكذلك العادات والاتجاهات والمعتقدات الأخرى التي تساعد على تكوين الفرد المتوافق بشكل طبيعي. وفي صورة أوسع فإن وظيفة الإرشاد هي مساعدة المراهق أو الشاب في المدرسة الثانوية والجامعة على أن يتعلم طرقاً فعالة لتحديد أهداف مرغوب فيها، ومن ثم تحقيقها بالرغم من وجود عقبات قائمة في طريق التعلم.

أما التعريفات الحديثة للإرشاد فإنها تهتم بالجانب الخاص بتنمية تفهم الذات والاستقلال الشخصي ومنها:

تعريف ويليامسون للإرشاد باعتباره نوعاً خاصاً من العلاقات الإنسانية قصيرة المدى بين معلم (مرشد) لديه خبرة خاصة في مشكلات النمو الإنساني وفي طرق تسهيل هذا النمو، وبين متعلم (مسترشد) يواجه صعوبات واضحة أو مدركة تقف في طريق محاولاته في تحقيق النمو. وفي إشارته لكتاب ويلز Wheelis - الحاجة إلى هوية - فإن ويليامسون يقترح التعريف التالي للإرشاد:

- "الإرشاد هو طريقة لتسهيل سعي الإنسان في الحصول على هوية وكفاحه من أجل فهم ذاته والتعبير عن طموحاته." ويضيف: "أن المقابلة الإرشادية بصفة عامة ... ينظر إليها على أنها نوع من العلاقات الإنسانية - الدافئة والودودة والمتعاطفة - والتي من خلالها يتعلم الفرد أن يك ذاته كما

هي في الواقع، وأن يعيش مع ذاته ويتقبلها بكل الأخطاء ونواحي القصور بجانب قدراته وطاقاته الإيجابية". (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٩٠)

لقد تطورت نظرية السمات والعوامل في الإرشاد في إطار تعليمي مما أثر على مفهوم وطبيعة العملية الإرشادية بشكل يتناسب مع المواقف التربوية، فالمرشد هو معلم بشكل أو بآخر، والمنهج هو المسترشد وأسلوبه الخاص في الحياة واستجاباته الصحيحة والخاطئة في علاقاته مع الآخرين. وبذلك فإن تفاعلات المرشد والمسترشد تكون كتفاعلات المعلم مع التلميذ وهي تفاعلات ذات طبيعة تعليمية وتعلمية إلى درجة كبيرة. ويكون دور المرشد هو تعليم أو مساعدة الفرد على أن يتعلم فهم ذاته ويتقبلها في صورة قدرات واستعدادات وميول وأن يتعرف على دوافعه الخاصة وأساليب الحياة وأن يتصورها في صورة استخدامات أو نتائج، وعند اللزوم يحل محلها سلوكاً أكثر ملاءمة لتحقيق الإشباع المناسب والمرغوب فيها الحياة والتي وضعها المسترشد كهدف شخصي له. ويكون دور المسترشد هو أن يتعلم كيف يفهم؟ وكيف يستخدم ذكائه أو المنطق؟ وذلك لتغيير أو تصحيح استجاباته كي يحقق حياة منطقية ومُرضية.

ويحدد "ويليامسون" الطبيعة التعليمية للإرشاد على النحو التالي " لقد احتفظت لفترة طويلة بالاعتناع بأن إحدى الوظائف الرئيسة للإرشاد، وخاصة المقابلة الإرشادية، هي مساعدة المسترشد (الطلاب) على تعديل المهارات الذاتية والممتلئة بالأخطاء والخاصة بالتقدير الذاتي لإمكاناتهم وطموحاتهم ومفهوم الذات لديهم بمساعدة الطريقة العلمية للتعرف على الحقائق. وفي الواقع أني أرى التوازي بين استخدام التقدير الذاتي في المقابلة الإرشادية كوسيلة لتعليم الطلاب وبين استخدام طريقة ديوى لتعليم الطريقة العلمية (وليس حقائق العلوم) في فصل الحقيقة من اللاحقيقة من خلال المواد الدراسية في حجرة

الدراسة. وفي كلا الموقفين، أي في المقابلة الإرشادية وفي حجرة الدراسة فإننا سنساعد الطلاب على أن يتعلموا الطرق العلمية لاكتشاف الفهم والمعرفة. ففي إحداها وهي المقابلة فإن مادة الموضوع تكون في الاكتشاف والمعرفة الخاصة بالذات، وفي الثانية وهي حجرة الدراسة فإننا نستخدم البيانات الخام للملاحظات العلمية حول ظاهرة طبيعية في الكون" (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٩٣).

وهكذا يعتبر "وليامسون" المقابلة الإرشادية نوعاً خاصاً من العلاقة الشخصية أو العلاقة الإنسانية، علاقة رقيقة وخيرة في الاهتمام بالمسترشد. وإن هذا النوع من العلاقة هو الذي يحفز الأفراد على أن يصيِّروا أنفسهم في صورة إمكانات كاملة. حيث يشير "وليامسون" إلى قائمة أوجه للعلاقات الإنسانية وهي:

- إن المقابلة الإرشادية مقابلة فردية تتم على أساس من فردية المسترشد.

- إن العلاقة الإنسانية ذات طبيعة شخصية لدرجة كبيرة.

- إن العلاقة هي علاقة مساعدة يهتم فيها المرشد بشؤون المسترشد.

- إن العلاقة ذات طبيعة نمائية مع تحرك للأمام ونظرة إلى المستقبل.

- إن العلاقة الإرشادية تتمركز حول الحياة، أي أنها تركز على نمو الفرد في صورة مفهوم الذات أو إدراك للذات.

- إن المقابلة ذات إطار وجداني، فيها عناصر انفعالية لا تستبعد ولكن تستخدم كقوى منشطة أو حافزة.

- تركز العلاقات الإرشادية على كرامة المسترشد وقيمه كشخص ومثل

هذا الاتجاه يحفز المسترشدين على أن ينموا طاقتهم بأكملها.

- تركّز المقابلة على إمكانية الشخص في أن يفكر وأن يحل المشكلات بالوسائل المنطقية. ويقول ويليامسون: "أحب أن أفكر في المقابلة الشخصية في الإرشاد على أنها تدريب ذهني في التفكير حول حل المشكلات الشخصية بشكل جذري. إنها تدريب ذهني على التفكير وليست مجرد جهد أو محاولة للتخلص من مشكلة اليوم، وإنما هي مغامرة في استخدام المنطق مع الذات. وبعض الطلاب إذا تركوا أنفسهم فإنهم من النادر أن يتعلموا استخدام المنطق بالنسبة لأنفسهم". ويرى "ويليامسون": "أن العلاقة الإرشادية هي علاقة حميمة بالمسترشد بأسلوب شخصي، ليست بالقوة والود الذي يسود العلاقة بين الوالد والابن ولكنها في الوقت نفسه أكثر عمقاً من الناحية الشخصية عما نعيشه في العلاقات العرضية من يوم إلى يوم". (Patterson, 1986, p 32-33)

وحول استخدامات المقابلة الإرشادية يذكر ويليامسون أربعة استخدامات مهمة لها وهي:

- جمع المعلومات المناسبة حول المسترشدين.
- تقدير الإمكانيات.
- علاج المشكلات.
- مساعدة الأفراد على تحقيق طاقاتهم الكاملة في المجالات كلها، وعدم الاقتصار على الجانب المهني.

وهكذا يقرر باترسون وزملاؤه أن الطريقة الجديدة للإرشاد تقوم على أساس افتراض أن الطلاب يكونون في الغالب غير قادرين على تشخيص استعدادهم وميولهم الخاصة ومن ثم فإنهم يحتاجون إلى مساعدة من شخص مدرب على التشخيص. وحين يناقش "ويليامسون" استخدامات المقابلة فإنه يرى ضرورة مساعدة الفرد على تقدير ذاته بالمقارنة مع المطالب الخارجية سواء كانت مدرسية أو مهنية أو مجتمعية. وأن ينخرط المرشد في عملية تأثير

يساعد فيها المسترشد على اتخاذ قرارات أو اختيارات أو تنمية نظام للقيم دون الضغط على المسترشد أو إنكار لحقه في تقرير مصيره. (باترسون، ١٩٩٢، ص 50).

لقد حدد ويليامسون و دارلي ست خطوات في العملية الإكلينيكية للإرشاد وهذه الخطوات هي:

١- التحليل: (Analysis)

تهدف هذه الخطوة إلى الحصول على فهم متطلبات المسترشد في الحاضر والمستقبل، من خلال عملية جمع المعلومات والبيانات عن المسترشد والتي عن طريقها يمكن تشخيص الدوافع والميول والاستعدادات والاتزان الانفعالي والصحة الجسمية وغير ذلك.

تستخدم في الإرشاد مجموعة من الوسائل التحليلية:

- السجلات الشاملة (المجموعة)

- المقابلة

- جدول توزيع الوقت

- المذكرات الشخصية

- السجل القصصي

- الاختبارات النفسية

- تاريخ الحالة (تاريخ: الأسرة، الصحة، المهنة، الميول....)

وبعد جمع المعلومات والبيانات يهتم المرشد بالتعرف على أفكار المسترشد واتجاهاته. والطريقة التي يقترب فيها المسترشد من مشكلاته لا تُظهر فقط أسلوبه في الحياة، وإنما تحدد ردود فعله للتحليل والتشخيص. واتجاهات المسترشد نحو مشكلاته ونحو الطرائق والوسائل التي تساعد على

تحقيق التكيف الكامل تبرز أهم عناصر المادة التحليلية. وترجع أهمية هذه المادة إلى أنها تكشف عن مدى استعداد المسترشد للتعاون مع المرشد (اتجاهات تعاونية)، كما تبين اتجاهات المسترشد أيضاً معتقداته ومعارفه عن الإرشاد، ثم يستميل المرشد المسترشد نحو مناقشة بعض الأدلة التي تؤيد أو تعارض هذه المعتقدات وتقارنها بمبادئ وأساليب العمل الإكلينيكي، وبذلك يعتبر أهم مهام العامل في مجال خدمة الأفراد هو أن يغير توقعات المسترشد عن الإرشاد حتى لا يتوقع المعجزات ويصل به إلى تقويم معتدل للطبيعة الإكلينيكية المعقدة للأساليب الإرشادية. (باترسون، ١٩٩٢، ص ٥١)

٢- التركيب: (Synthesis)

يتضمن تلخيص وتنظيم المعلومات والبيانات المتجمعة من عملية التحليل لتحديد مواطن القوة والضعف والتوافق وسوء التوافق لدى المسترشد ووضعها في صورة تجعلها مفيدة في التشخيص.

٣- التشخيص: (Dignosis)

هي عملية يتمكن المرشد من خلالها إيجاد التركيبات والصيغ المعبرة عن المشكلة وتلخيصها والتعرف على طبيعتها والعوامل والظروف التي أدت إلى وجودها وعلى جوانب القوة والقصور عند المسترشد. ويشتمل التشخيص على ثلاث خطوات رئيسية وهي:

(١)- التعرف على المشكلة: وهي خطوة وصفية في طبيعتها، وليست وضع عنوان معين. وقد يكون للتقسيم التشخيصي أهمية واضحة، وذلك ما نجده في تقسيمات "بوردين" (Bordin) التي تشتمل على خمس مجموعات تشخيصية هي:

- * الاعتمادية
 - * نقص المعلومات
 - * صراع الذات
 - * قلق الاختيار
 - * لا توجد مشكلات
- كما يقترح "بيبنسكي" (Pepinsky) المجموعات الخمس التشخيصية التالية:

- * نقص الثقة
- * نقص المعلومات
- * نقص المهارة
- * الاعتمادية
- * صراع الذات

(٢) - اكتشاف الأسباب: وتتطلب هذه الخطوة البحث عن العلاقات وبحث الماضي والحاضر وبحث الإمكانات وغيرها مما يساعد على فهم أسباب الأعراض. وعندما تكون البحوث العلمية التي تربط بين الأعراض والأسباب قليلة، فإن المرشد يعتمد على التخمين والحدس للتعرف على الأسباب، ثم اختبار حدسه بالمنطق وبردود فعل المرشد وبتجربة برنامج مبني على ما ذهب إليه من تشخيص. ويمكن استخدام المنطق للتعرف على الأسباب، ولكن ينبغي اتخاذ الحيلة من الخلط بين السببية وبين الاقتران البسيط.

(٣) - التنبؤ: وهذه الخطوة إحدى عناصر التشخيص، وخاصة إذا كانت النتيجة معروفة، وعندما تُعرف النتيجة فإن التنبؤ يدخل في التشخيص.

وعلى سبيل المثال: فإن تشخيص "الذكاء المنخفض" يتحول إلى "أداء مدرسي منخفض" أو "فشل مؤكد سينتج عن محاولة الطالب أن يصبح طبيباً حسب رغبته الحالية". فالتشخيص والتنبؤ ملائمان للأهداف التي يحاول الطالب تحقيقها. وإن إمكانية التغير وسهولته ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار في عملية التنبؤ. ويلاحظ أنه حين يرتبط التشخيص بالماضي والحاضر فإن التنبؤ يرتبط بالمستقبل.

وإن الحذر ضروري في التشخيص وينبغي أن يتجنب المرشد القفز إلى الاستنتاجات. وينبغي على المرشد ألا يفشل في عمل التشخيص بسبب عدم وجود اليقين، فكل العلوم تتقدم عن طريق وضع الفروض والتوقعات ثم التنبؤ بصحتها أو عدمه. ويمكن تعديل التشخيص أو رفضه خلال الإرشاد وتقديم البدائل واختيار المناسب منها واختباره أيضاً خلال الإرشاد، وهذا يعني أن التشخيص وصف احتياطي أو مؤقت وفق هذه النظرية. والتشخيص عمل تعاوني يتحمل فيه المسترشد مسؤولية كبرى في فهم ذاته بالقدر الذي تسمح فيه قدراته الذكائية ورغبته في أن يقوم بذلك. وعندما يعجز المسترشد يتحمل المرشد هذه المسؤولية.

إلا أن "وليامسون" يرى أيضاً أن التنبؤ خطوة منفصلة في العمل الاكلينيكي، وخاصة حينما لا يوجد بحث سابق أو خبرة توضح طبيعة المشكلة أو الحالة. وفي هذا السياق سيكون التنبؤ خطوة أساسية في عملية الإرشاد.

٤- التنبؤ (المآل): (Prognosis)

وتشتمل هذه الخطوة التوقعات والاحتمالات لكل خيار من الخيارات التي اختارها المسترشد (الطالب) لمستقبله الأكاديمي والمهني بعد التمكن من دراستها وتقويمها.

٥- الإرشاد: (Counseling)

ويتضمن الإرشاد مساعدة المرشد للمسترشد على استثمار مصادره الذاتية ومصادر المؤسسة التي يعمل بها والبيئة المحيطة به لكي يحقق التوافق الأمثل الذي يقدر عليه. ويشتمل مصطلح الإرشاد العناصر التالية:

أ- العلاقة التي يمكن الإشارة إليها بأنها علاقة تعليم موجه نحو فهم الذات.

ب- يغطي الإرشاد أنواعاً معينة من التدريب الذي يرغب فيه الفرد ويحتاج إليه للتوافق مع الحياة وتحقيق أهدافه الشخصية.

ج- يشمل الإرشاد بعض المساعدات الشخصية التي يقدمها المرشد للمسترشد لكي ينمي مهارة معينة في استخدام المبادئ والأساليب اللغوية العامة في حياته اليومية.

د- يشمل الإرشاد الأساليب والعلاقات التي تعتبر علاجية في طبيعتها.

هـ- يشمل الإرشاد إعادة بعض أشكال التربية والتي تتبع عادة عملية التفريغ العلاجي.

وطبقاً لوجهة نظر "وليامسون" فإن الإرشاد طريقة معينة من التعلم تساعد الفرد في مواجهة جميع المواقف، وتحاول استخدام أسلوب طريقة السبب- النتيجة في تحليل كل أوجه الحياة والسلوك. والغرض من الإرشاد هو مساعدة الفرد في صياغة الأسئلة التالية:

- كيف وصلت إلى هذا الموقف، وما هي العوامل التي سببت هذا السلوك؟

- ما هي التطورات المحتملة في المستقبل إذا استمر الوضع الحالي؟

- ما هي الأوضاع البديلة أو الممكنة وما هي وسائلها؟

- كيف يمكنني أن أعكس التوقعات السابقة، وكيف أستطيع إحداث التغيير في سلوكي؟

وهكذا نرى أن الإرشاد - وفق نظرية السمات والعوامل - أكثر من مجرد علاج نفسي، إنه طريقة عامة للتوافق مع الحياة، ومحاولة لمساعدة المسترشدين لمواجهة مواقف التوافق قبل أن يصبحوا مستغرقين في صراعات ذاتية تستدعي علاجاً معقداً وعميقاً.

٦- المتابعة: (follow-up)

هي خطوة تتضمن ما يقوم به المعالجون لمساعدة المسترشدين في مواجهة المشكلات الجديدة أو مواجهة عودة المشكلات القديمة وتشمل ما يتم فعله لتقرير فاعلية الإرشاد.

(للتوسع يمكن الرجوع إلى كتاب باترسون، ١٩٩٢، ٤٣ - ٥٧)

خامساً: بعض فنيات الإرشاد

يشير ويليامسون إلى أنه طالما أننا ننظر إلى الإرشاد على أنه أوسع مدى من العلاج النفسي فإن المرشد يمكنه أن يختار من بين عدد كبير من أساليب الإرشاد ما يناسب المشكلة التي يتعامل معها، كما يؤكد على أهمية الفروق الفردية وأنه لا يوجد أساليب تناسب إرشاد كل الطلاب وإنما يجب أن يكيف المرشد أساليبه وطرقه بما يناسب فردية كل مسترشد. وبذلك يجب أن تكون هناك مرونة في هذه الأساليب، وبذلك نقول أن الأسلوب الذي تستخدمه

هو أسلوب خاص بمشكلة معينة لدى طالب معين. ويقترح "ويليامسون" خمسة أساليب أو تكتيكات للإرشاد وهي:

١- تعزيز المسيرة

٢- تغيير البيئة

٣- اختيار البيئة المناسبة

٤- تعلم المهارات التي تدعو الحاجة إليها

٥- تغيير الاتجاهات

يصرح "ويليامسون" أن الاهتمام بالفروق الفردية يتضح في اختيار أساليب الإرشاد. فالأساليب خاصة بحسب الأفراد والمشكلات، وكل أسلوب إنما يستعمل لمسترشدين مخصوصين ومشكلات خاصة. والمرشد الكفاء يختار أساليب لنماذج من الأفراد والمشكلات، ثم يقوم بعمل التعديلات الضرورية ليحصل على النتيجة المرغوب فيها بالنسبة لمسترشد معين. وقد ناقش "ويليامسون" أساليب الإرشاد تحت خمسة عناوين رئيسة تتصل بالمقابلة وهي:

١- بناء المودة (الألفة): Establishing rapport

هناك مجموعة من العوامل التي تُعد أساساً لبناء الألفة وهي السمعة الطيبة التي يتمتع بها المرشد من حيث كفاءته والتزامه باحترام فردية المسترشد ومحافظة على الأسرار الخاصة وكذلك طريقة التعامل مع المسترشد قبل المقابلة الإرشادية.

إن الاهتمام الشخصي والفهم ضروريان في المقابلة. فعندما يدخل المسترشد إلى مكتب المرشد فإن أول ما يجب فعله هو أن يشعر المسترشد بالراحة من خلال مبادرته بالتحية ومناداته باسمه ومصافحته وتجنب كل ما يعبر عن انحراف المزاج أو التملل أو التكبر. كما ينبغي أن تبدأ المقابلة

بالحديث عن الأنشطة والاهتمامات الشخصية للمسترشد في جو من الألفة والراحة والطمأنينة والدفاء.

٢- تشجيع فهم الذات : Cultivating self- Understanding

يجب أن يكون لدى المسترشد فهم عن قدراته وعن جوانب الضعف لديه وأن نساعدته على أن يكون راعياً في استخدام هذه القدرات، أي جوانب القوة لديه وأن يتغلب على جوانب الضعف. وهذا يتطلب من المرشد تفسير البيانات التي تم الحصول عليها مثل درجات الاختبارات بصورة فنية مبسطة، وتجنب المصطلحات الإحصائية في تفسير الدرجات وتجاوز الدرجات المنخفضة.

وفي تفسير التشخيص وتوضيح الدليل المؤيد لهذا التشخيص ينبغي على المرشد التأكد من تتبع المسترشد لتفسير البيانات وفهمها، وألا يذهب بعيداً في التفسير الذي لا يستطيع المسترشد متابعته وعدم الإغراق في التفاصيل غير الضرورية. وذلك يعني أن يذكر المرشد الحقائق التي بُني عليها التشخيص وذكر المسؤوليات التي تحكم خطة العمل.

إن فهم المسترشد لذاته ليس كافياً، حيث يذهب المرشد إلى أبعد من ذلك، فيساعد المسترشد على حل المشكلات العملية التي تواجهه. وفي هذه المساعدة يأخذ المرشد دور المعلم في استخدام طرق حل المشكلات لتعليمه طبيعة هذه الطريقة وكيفية استخدامها لمواجهة مشكلاته.

٣- تخطيط برنامج العمل : planning a program of action

يبدأ المرشد باختيارات المسترشد وأهدافه واتجاهاته، ثم يشير إلى البيانات المناسبة وغير المناسبة من التشخيص، مع توضيح الدليل المؤيد أو المعارض لها. ثم يزن المرشد الدليل ويشرحه ويوجه المسترشد على هذا النحو أو ذاك. وينبغي أن يكون المسترشد جاهزاً لتقبل الدليل، لأنه قد هيئ لذلك مسبقاً عند عرض المرشد للمادة والدليل.

قد تتطلب هذه العملية أكثر من مقابلة وخاصة مع المسترشدين الذين لديهم اتجاهات وردود فعل انفعالية نحو قدراتهم واستعداداتهم وميولهم. وينبغي على المرشد أن ينير الموقف ويشرح وجهة نظره، فإذا بدا على المسترشد عدم الرغبة في مسaire المرشد، عندها يتجنب المرشد فرض رأيه بالقوة، وأن يعود المسترشد مرة أخرى. ويرى "باترسون" أنه لا ينبغي للمرشد أن يخشى تقديم النصح المباشر إذا شعر بأن المسترشد غير قادر على إدراك ما تقتضيه المعلومات المتجمعة أو كان غير راغب في وضعها موضع الاعتبار. وهناك ثلاث طرق يمكن أن يستخدمها المرشد في نصح المسترشد (الطالب) عقب شرح المعلومات:

- طريقة النصح المباشر: حيث يشرح المرشد في صراحة وجهة نظره. وهذه الطريقة يمكن استخدامها مع المسترشدين الذين يتصفون بصلاية العقل ويطلبون الرأي الصريح، ومع الذين يصرون على اختيار معين، يرى المرشد أنه سيؤدي إلى عواقب خطيرة.

- طريقة الإقناع: وهي مفيدة حينما تؤكد المعلومات ضرورة الأخذ باختيار معين. وعندها ينسق المرشد الدليل بطريقة مقبولة ليوجه المسترشد إلى رؤية نتائج الاختيارات المختلفة.

- الطريقة التوضيحية: وهي أفضل هذه الطرق، حيث يقوم المرشد بتوضيح المادة التشخيصية بدقة وروية، مبيناً المواقف التي يمكن أن تستفيد من إمكانات المسترشد. (باترسون، ١٩٩٢، ٦١)

٤- تنفيذ الخطة: Carrying cut the Plan

بعد أن يحدد المسترشد اختياره أو قراره يقدم له المرشد المساعدة المباشرة في التنفيذ. وقد يشمل ذلك على عمل علاجي أو على تخطيط لبرنامج تربوي للتعليم أو التدريب.

٥- التحويل إلى أخصائيين آخرين: Referral to other Personal

وبما أنه لا يوجد مرشد يستطيع الإحاطة في كل المجالات، فعليه أن يدرك جوانب القصور لديه شخصياً، وأن يعرف المصادر التي يمكن أن تقدم المساعدة في بعض الجوانب التخصصية وأن يحول إليها المسترشد إذا اقتضت الحاجة.

سادساً: تقويم النظرية

لقد تبين لنا من عرض هذه النظرية أنها حاولت استخدام الطريقة العلمية في الإرشاد بالاعتماد على القياس والاستنتاج. كما اشتملت العملية الإرشادية على جمع المادة العلمية عن المسترشد ثم تركيب هذه المادة في صورة تشخيص وتخطيط برنامج عمل. وإن دور المرشد في نظرية السمات والعوامل هو تعليم ومساعدة المسترشد على أن يتعلم فهم ذاته ويقبلها في صورة قدرات واستعدادات وميول، ومساعدته على الوصول إلى الاختيار واتخاذ القرار وحل المشكلة، وأن يتعرف على أساليب الحياة، وأن يقدرها في صورة استخدامات أو نتائج، وعند اللزوم يحل محلها سلوكاً أكثر ملاءمة لتحقيق جوانب الرضا المناسبة والمرغوب فيها في الحياة والتي وضعها المسترشد هدفاً شخصياً له. ينخرط المرشد في عملية تأثير ولكنها عملية يساعد فيها المرشد المسترشد في اتخاذ القرارات أو الاختيارات أو تنمية نظام للقيم بدون الضغط على المسترشد أو إنكار لحقه في تقرير مصيره، وإذا كان هناك عناصر وجدانية موجودة فإنه يجري التعامل معها، ولكنها ليست نهاية أو غاية الإرشاد.

يأخذ المرشد دور المعلم في استخدام طرق حل المشكلات لتعليمه طبيعة هذه الطريقة وكيفية استخدامها لمواجهة مشكلاته. وفي إحدى مقالات

"وليامسون" بعنوان "المرشد كتكنيك" يرى: أن المرشد يمثل دوراً نموذجياً يحتذى به الطلاب. وكنموذج محتمل ينبغي على المرشد أن يعبر عن فلسفته في النمو الإنساني، قوامها الأمل والتفاؤل وذلك من خلال سلوكه. فسلوكه ينبغي أن يرمز إلى التزامه نحو تربية اليافعين، وأنه مرب واسع خصب التفكير، كما أنه على درجة من الكفاية في مجال تخصصه. وأن يضرب المثل خلال المقابلة في تأكيد أهمية البحث والتفكير العميق للمسترشد كي يحقق الفهم الكامل للذات. (باترسون، ١٩٩٢، ٦٣).

تحاول طريقة السمات والعوامل أن تستخدم الطريقة العلمية في مجال الإرشاد عن طريق استخدام القياس والتنبؤ بالنتائج وتشتمل هذه الطريقة على جمع البيانات الموضوعية حول المسترشد وتركيب هذه البيانات في التشخيص وتوقع النتائج من هذه البيانات (المأل) وتخطيط برنامج للإجراءات يقوم على هذه المعلومات ويرتبط المرشد مع المسترشد في علاقة تعليمية حيث يساعده في الحصول على معلومات أو يقدم المعلومات المناسبة اللازمة كما يعرض البدائل أو الخيارات المناسبة ويحاول أن يساعد المسترشد في الوصول إلى أفضل اختيار أو قرار أو حل للمشكلة وهذا الاختيار أو القرار يخص المسترشد وحده ويجب على المرشد أن يتجنب أي تأثير زائد أو ضغط على المسترشد.

إذا ما تصرف الشخص بطريقة ما في مواقف معينة فإننا نتوقع منه أن يسلك بنفس الطريقة السلوك نفسه في مواقف أخرى. إن علماء نفس السمات يميزون بين ثلاثة مفاهيم مختلفة فيما يتعلق بهذا الافتراض، أولاً أنهم يعتبرون أن استعداد الفرد الثابت وقابليته للتصرف بطريقة معينة يعتبر سمة تميزاً لها عن استعداد الفرد وقابليته للتصرف بطريقة ما ولكن بصورة أقل ثباتاً وغير متسقة مع الزمن وهذا ما يسمى الحالة. فالقلق كسمة هو الاستعداد للاستجابة للقلق في مواقف مهددة للفرد، أما القلق كحالة فهو الشروط والظروف التي

تتسم بها العضوية في أثناء القلق كالخوف ودرجة عالية من الإثارة والنشاط. وللتمييز بين العادة والسمة نعرف العادة بأنها نوع من الميل المحدد، في حين أن السمة أكثر عمومية منها، كما أن السمة تتكون من تكامل عدد من العادات النوعية التي لها دلالتها التكيفية عند الفرد.

— إن اتساق السمات ثباتها وعموميتها كانت إحدى نقاط الجدل الرئيسية عند علماء نفس الشخصية في الأعوام العشرين الأخيرة من القرن العشرين. حيث انتقد ميشيل Michel W. (١٩٦٨) نظرية السمات بالقول "إن أشكال السلوك التي غالبا ما نظر إليها على أنها مؤشر على ثبات السمات، هي بالحقبة ذات خصوصية عالية وأنها تعتمد على تفصيلات ومثيرات الموقف الذي يمر به الفرد وعلى نمط استجابته التي تستخدم لقياسها" (عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٨٧). ولكن ميشيل نفسه لاحظ من خلال العديد من الدراسات التي أظهرت عدم اتساق السمات أن أغلبها لم يتبع طرق بحث دقيقة .

حاول علماء نظرية السمات في السنوات الأخيرة من القرن العشرين إعادة تطوير طرائق البحث المتبعة وبينوا أن باستطاعتهم تأييد وجود مظاهر سلوكية ثابتة ومتسقة في المواقف المختلفة ومع مرور الوقت وبالرغم من ذلك فالعديد من الصفات التي تم دراستها من قبل علماء سيكولوجية السمات تبدو غير ثابتة.

من الملاحظ أن هناك فروقا واضحة في العادات والاهتمامات والاستجابات الاجتماعية بين الراشدين حتى منذ الولادة فإن المواليد يختلفون في شدة أصواتهم ونبرتها واستجاباتهم لمواقف إيجابية أو سلبية. إن جميع الأفراد مختلفون ومتميزون بحيث كل فرد يتميز عن الآخر في العديد من السمات كما تظهر في أشكال سلوك متعددة.

إن إستراتيجية السمات تعمل على دراسة هذه الفروق الفردية من خلال استنادها لثلاثة افتراضات رئيسية : الأول، أن الفروق الفردية تنشأ من خلال الفروق في قوة السمة التي يملكها الشخص والثاني أنها تنشأ من خلال عدد السمات التي يملكها والثالث استنادا إلى مجموع أو كمية السمات التي يملكها .
(عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ١٨٤ - ١٨٨)

ويمكننا تحديد أهم إيجابيات نظرية السمات والعوامل بالنقاط التالية:

- تميز بين الإرشاد والعلاج النفسي، حيث إن الجانب الوجداني هو موضوع العلاج النفسي بينما الإرشاد النفسي يركز على الجانب المنطقي. ويظهر الفرق بين الاثنين (كما يرى ويليامسون) من خلال الأسلوب الذي يستخدم في كل منهما. ففي العلاج يكون المرشد مدعناً أو سلبياً أو أقل نشاطاً، فلا يقدم مادة ولا معلومات ولا يقترح بدائل وذلك حين يعالج مشكلات تربوية أو مهنية. أما في الإرشاد يهتم المرشد بالانفعالات في الإرشاد التربوي والمهني. (باترسون، ١٩٩٢، ٦١). ومع هذا فإن هذه النظرية تدرك أن هناك تداخلاً بين العلاج والإرشاد النفسي.

- إن المرشد شخص نشط له تأثير على المسترشد.
- تعتبر القيم مصادر للدافع والعزيمة، حيث يقوم المرشد كمعلم بمساعدة المسترشد على محاولة التعرف على أنظمة بديلة من القيم. ويكون دور المسترشد كطالب كشف القضايا والاختيار والعمل طبقاً للقيم.
- تهتم هذه النظرية بأن تكون قيم المسترشد مسيطرة لقيم المجتمع.
- إنها تؤكد على كون الإرشاد منطقياً ويشتمل عملية حل المشكلات.
- تركز هذه النظرية على وجود بيانات موضوعية واختبارات. في صورة قياسات ناتجة عن استخدام المقاييس.

أما أهم سلبيات النظرية فنحددها بالنقاط التالية:

- إن مصطلح السمة مأخوذ من علم الوراثة أي أن درجة التشابه بين المفهوم البيولوجي والنفسي ما تزال غير واضحة في العديد من بحوث نظرية السمات.
- لقد اعتمد علماء نظرية السمات على أفكار نظرية في عملهم واعتمدوا في ذلك على نظريات أخرى، ولكنهم لم يطوروا نظريتهم مقارنة بغيرهم من أصحاب النظريات الأخرى التي أخذوا منها.
- لكن رغم وجود الاتساق والثبات في سلوك الناس وتصرفاتهم إلا أن نظرية السمات لا تعطي الأساس اللازم للتنبؤ بالسلوك عند فرد معين وبدرجة عالية من الدقة.
- إن هذه النظرية لم تقدم شيئاً حول علاج الشخصية وطرائقها في المعالجة مأخوذة من تقنيات ونظريات أخرى.
- إن الدور الأكبر في عملية الإرشاد هو للمرشد وليس للمسترشد، حيث أن المرشد يتعامل مع المسترشد على أساس تعامل معلم مع طالب.
- إن نظرية السمات والعوامل تركز على الجوانب المنطقية فهي تتبع الطريقة العملية في تناولها للمشكلات والبحث عن بدائل واختيار أحد هذه البدائل واستخدامه، لكن عدم اهتمامها بالمشاعر والانفعالات بشكل كبير يقلل من فعالية هذه الطريقة .
- على الرغم من طول الفترة التي مرت بها هذه النظرية إلا أن عرضها لا يزال ينقصه المنهجية، وعلى الرغم من إتباعها للطريقة العلمية في إرشاد الطلاب إلا أنها لا تزال دون النضوج العملي من حيث إخضاع جوانبها المختلفة للبحث العلمي.

- إن إسقاط جانب الوجدان في التعامل مع مشكلات الإنسان ومع الإنسان نفسه في علاقة مثل علاقة الإرشاد يقلل من فاعلية هذه الطريقة.

- وفي الوقت الذي يدرك فيه "ويليامسون" أن الطلاب لا يفكرون بشكل منطقي، فإنه يصر على التوجيه المنطقي للإرشاد، والذي يمكن أن ينظر إليه على أنه عملية دفع الطلاب ليفكروا بشكل منطقي فيما يتعلق بمشكلاتهم واختياراتهم، وهو أمر يراه بعضهم غير ذي جدوى. (الشناوي، ١٩٩٤، ٢١٢).

- يرى "باترسون" في تقويمه لهذه النظرية أن التأكيد على المادة الموضوعية يعتبر أسلوباً ضيقاً للإرشاد لاعتبارين: الأول أنه لا يعطي اعتباراً كافياً ولا يتعامل مع ردود الفعل الوجدانية للمسترشد. والاعتبار الثاني هو أنه يهمل نوعاً من المادة التي تعتبر ذات أهمية كبيرة في اتخاذ القرارات وعمل الاختيارات بوساطة الطالب. تلك المادة هي إدراك الطالب لذاته وللعالم أو ما يطلق عليه الحقائق الموضوعية. (باترسون، ١٩٩٢، ٨٨)

- ومن الجوانب التي يركز عليها المسترشدون بالسّمات والعوامل جانب التشخيص حيث يرى "ويليامسون" أنه لا يمكن أن نقدم شيئاً له قيمة في مجال الإرشاد ما لم يكن لدينا تشخيص دقيق. والواقع العلمي يقول أن التشخيص في هذا المجال لم يصل بعد إلى مستوى الدقة على النمو الذي يتصوره ويليامسون سواء لاختلافات في المفاهيم أو المشكلات في أدوات القياس التي تستخدم في التشخيص.

- على الرغم من كثرة ما كتبه "ويليامسون" حول السمات والعوامل وطول الفترة التي مرت بها هذه الطريقة، إلا أن عرضها لا يزال تنقصه المنهجية. ورغم ما تنادي به هذه الطريقة من إتباع الطريقة العلمية في إرشاد الطلاب فإنها لا تزال دون النضوج العلمي من حيث إخضاع جوانبها المختلفة للبحث العلمي. ومازال الباحثون ينقلون عن "ويليامسون" قوله: "إن الإرشاد هو

عملية محاولة وخطأ". (الشناوي، ١٩٩٤، ٢١٣). حيث يختبر المرشد أساليب الإرشاد، فإذا ثبت عدم فاعليتها، يحاول مرة أخرى، بل عدة مرات. وتستمر المحاولة والخطأ حتى يجد الأساليب الملائمة.

- يلاحظ في هذه النظرية القصور الملحوظ في عدم وجود أسلوب منظم للإرشاد. حيث إنه لا توجد مبادئ عامة تفود المرشد إلى استخدام الأساليب الإرشادية، وإنما يعتمد ذلك على شخصية المسترشد. ويرى "باترسون" أن القيمة العلمية للمادة التي تستخدم في الإرشاد مؤكدة، إلا أن عملية الإرشاد وأساليبه لم تبين على أساس علمي أو تجريبي. ويعترف المرشد بأنه لا يوجد الدليل الذي يمكن الاعتماد عليه والذي يحدد تكتيكاً (أسلوباً) خاصاً كوسيلة مؤكدة لتحقيق التكيف المرغوب فيه. (باترسون، ١٩٩٢، ٨٩)

- ليس في هذه النظرية مكان كبير للمفاهيم النفسية المتصلة بالشخصية دائماً، فالمفهوم الأساسي الذي تبني عليه هو وجود فروق فردية يمكن قياسها بشكل موضوعي، وتوجيه المسترشد نحو القبول بنتائج هذه المقاييس أو إقناعه بها لإجراء اختياراته أو اتخاذ قراراته أو حل مشكلاته.

- إن طريقة السمات والعوامل محدودة وغير كافية.

بالرغم من الانتقادات الكثيرة التي توجه لنظرية السمات والعوامل إلا أن هذه الطريقة تصلح في إرشاد الطلاب وحل مشكلاتهم التي لا تحمل الطابع الانفعالي. وهي تمتاز بموضوعية البيانات وباستخدام الأسلوب في المؤسسات التعليمية والإقناع وتغير الاتجاهات والتأثير القيمي. وبالرغم من أنها تتعامل مع الجوانب العقلية للطالب وعدم استغراقها في المشاعر، فإنها أعطت اهتماماً كبيراً لمساعدة المسترشد على عدم الانزلاق في الشر والاتجاه نحو الخير وترسيخ القيم الفاضلة في المجتمع.

سابعاً: بعض التطبيقات

من الأبعاد الأساسية للشخصية عند آيزنك الانبساطية Extraversion مقابل الانطوائية Troversion، لذلك سنحاول تشخيص السمات التي تحدد الشخصية الانبساطية والانطوائية:

الانبساط والانطواء مصطلحان يدلان على نموذجين من الشخصية يتجهان قليلاً أو كثيراً نحو العالم الخارجي أو نحو العالم الداخلي. وكل فرد يمكنه أن يكون انبساطياً أو انطوائياً. وبيّنت الدراسات ذات المستوى الواسع التي انصبت على موضوع الشخصية أن الانبساطي النموذجي:

- اجتماعي، يحب الاجتماعات ولديه أصدقاء كثيرون.
- بحاجة إلى أن يتكلم ولا يحب القراءة والدراسة وحده.
- إنه يقبل المخاطر بل يبحث عنها، إذ يتصرف دون أن يمنح نفسه مهلة التفكير.
- اندفاعي ويحب المزاح السهل وهو حاضر الجواب.
- يأخذ الحياة كما هي، ويستمتع بكل دقيقة إلى منتهاها دون الإمعان في التفكير في المستقبل.
- غير مبال، مسترخ، متفائل، ويحب الضحك والتسلية.
- يتصف المنبسط بالإيجابية والثقة والتفاؤل والانشراح والجرأة.
- يميل إلى كثرة التحدث وحب الظهور.
- يمتاز بسهولة التعبير اللفظي عن نفسه.
- يميل إلى أن يكون عدوانياً، غضوباً لا يضبط نفسه.
- ليس جديراً بثقة الآخرين دائماً.
- ترتفع عنده القدرة السمعية.

- يميل إلى الحركة والحيوية والنشاط ويهوى الرحلات والألعاب الرياضية وتسلق الجبال

- يتحدث بثقة ويعطس بصوت مرتفع ويشغل على المائدة حيزاً كبيراً.

- يفضل الجلوس في المقدمة ويمشي رافع الرأس منتفخ الصدر.

- يميل في الأغلب إلى البدانة وامتلاء الجسم.

- سريع التكيف للمواقف الجديدة، وسريع التعارف على الناس، وسريع الاستجابة.

- الصلة بينه وبين العالم الخارجي وثيقة، فالقيمة الكبرى عنده للموضوع الخارجي وليس للذات.

- يعتقد صلات مع الناس بسرعة ولكنه يقطعها بسرعة أيضاً، فهو راغب في كل جديد.

- المنبسط: واقعي، عملي، تجريبي، حسي.

أما الانطوائي النموذجي فإنه يتمتع بالسماوات التالية:

- فرد هادئ، قليل الانفتاح، يغلب عليه التردد.

- يفضل الكتب على الناس.

- متحفظ ويميل إلى التوقع ويفكر قبل أن يعمل.

- يؤثر العزلة والاعتكاف ويميل إلى التهيب والخجل والحساسية المفرطة، متشائم.

- مرتبط كثيراً بالقيم الأخلاقية.

- يحذر من الاندفاعات الآتية ولا يحب الهياج ويأخذ الأحداث اليومية على

محمل الجد ويحب أسلوب الحياة المنظمة.

- يراقب عواطفه ونادراً ما يكون عدوانياً، ولا يغضب بسهولة.

- كثير الندم والتحسر على ما فات.
- شخص يمكن الاعتماد عليه.
- يمشي متهيّباً متمهلاً في خفة ونعومة وكأنه يخاف أن يلمس الأرض
- يسير وعيناه منخفضتان لا يجرؤ على الحملقة في وجوه المارة.
- لا يحب الجلوس في المقدمة ويضع نفسه خلف المتحدث خلسة.
- قبل أن يتحدث يستجمع قواه ويهرب إذا شعر أن العيون ترقبه.
- يجلس وكأنه لا يشغل حيزاً من المكان، محاولاً إخفاء وجهه.
- ينكمش ويتضاقل وهو ينظر إلى ساعته.
- يجلس بحذر على حافة المقعد، وإذا ما تحدث فبصوت منخفض.
- ينتظر حتى يصبح وحده فيعطس باستحياء.
- أكثر شعوراً بالذنب نتيجة لتأثره بوصايا الوالدين.
- يؤثر الخيال الوهمي ويفضل قراءة القصص العاطفية على العلاقات العاطفية الواقعية.
- يميل المنطوي إلى النحافة.
- لا يحب المشاركة في النشاطات الاجتماعية ويفضل المناشط والألعاب العقلية الداخلية.
- لا يُظهر عواطفه وانفعالاته بسهولة، ولا يقيم صداقاته بسهولة، ولكن إذا أقامها فإنها تنصف بالعمق والولاء والإخلاص والوفاء.
- يميل إلى تحليل نفسه ونقدها.
- رد فعل المنطوي يتصف بالسلبية.
- قليل الأصدقاء، قليل الأعداء.
- يكثر التفكير في صغائر الأمور.
- يكثر التأمل في نفسه وفي مشاعره وآلامه وآماله.

- كتوم يحتفظ بأسراره لنفسه، يكبت عواطفه وانفعالاته، يحدث نفسه ويشغله كثيراً ما يظنه الناس فيه.

- يميل إلى الخيال الجانح، والاستغراق في الأوهام، وتستولي عليه أحلام اليقظة التي يحقق فيها آماله وتطلعاته التي يعجز عن تحقيقها في عالم الواقع.

- المنطوي مثالي، رمزي، ذاتي، نظري.

إن هذه السمات لكل من الشخصية الانبساطية والانطوائية تجعلنا نتساءل: أيهما أفضل؟

الوضع المثالي أن نكون وسطاً بين الانطواء والانبساط، وأن نأخذ من كل بستان باقة، لأن السمات المذكورة أعلاه ليست ايجابية دائماً كما أنها ليست سلبية. وهذا يقودنا إلى معرفة الأسباب التي تؤدي إلى الانبساط والانطواء:

يذهب بعضهم إلى القول بأن ظاهرتي الانطواء والانبساط، ترجعان إلى عوامل فطرية وراثية، وحجتهم في ذلك أن التمييز بين السلوك المنطوي والمنبسط يمكن ملاحظته في الطفولة المبكرة، حيث تظهر على الطفل المنبسط دلائل سرعة التكيف مع البيئة، وانتباهه الزائد نحو الأشياء المحيطة به، خاصة نحو تأثيره فيها، فهو يتحرك ويلعب ويعيش وسط الأشياء في ثقة وجرأة، ويدرك ما يحيط به إدراكاً سريعاً ولكنه عشوائي، وإن كان أقل خوفاً من الطفل المنطوي، فإنه ينمو أسرع منه، ويختلط بالأشياء فلا يستشعر حدوداً تفصله عنها، وهو يدفع نفسه إليها، ويخاطر بنفسه في استكشاف ما تقع عليه يديه.

أما الطفل المنطوي فإنه يميل إلى الخوف والتردد، ويعكف عن المواقف الجديدة ويقترّب منها في خوف وترقب. ويذهب دعاة الوراثة إلى القول بأن هاتين الظاهرتين تحددهما أيضاً عوامل داخلية فيزيولوجية كإفرازات الغدد الصماء، والجهاز العصبي المركزي وبعض التفاعلات الكيماوية والتغيرات التي تطرأ على الهرمونات وعمليات الأيض والتمثيل المختلفة. ولقد ذهبوا إلى

تدعيم أثر الوراثة بما لاحظوه من ارتباط بين البدانة والانبساط والنحول والانطواء. انطواء من أبناء الطبقات المتوسطة والعليا.

ويأتي الدور الهام هنا للتربية فقد لوحظ بأن التوأم الذي يترى مع أمه يكون أكثر انبساطاً من زميله الذي حرم منها، كذلك يميل الطفل الوحيد إلى أن يكون منطوياً. وتعتمد هاتان الظاهرتان اعتماداً كبيراً على ما يلقاه الطفل من معاملة المحيطين به. فالطفل الذي يحرم من إشباع حاجاته الأولية والذي يجد صداً دائماً من قبل الكبار حين يريد التعبير عن نفسه لا بد وأن ينزع إلى الانسحاب. كذلك وجد أن مواقف الإحباط التي يتعرض لها الطفل في المدرسة تشعره بالآلم، ومن ثم فإنه يتفادى الإحساس المؤلم بالانسحاب كإحدى الحيل الهروبية من المواقف غير المرغوب فيها. كذلك توجيه النقد الهدام للطفل والتقليل من قدراته من شأنه أن يقوده إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بنفسه، ومن ثم يلجأ إلى الانطواء. وكذلك التربية الانتكالية حيث يحرم من الفرص التي يترس فيها على تحمل المسؤولية والقيام بأدوار قيادية من شأنها أن تدفعه إلى الانزواء في المناسبات التي تتطلب مثل هذا السلوك. كذلك سد الطريق أمام الطفل للتعبير عن نفسه من شأنه أن يقوده إلى الصمت والاستغراق في الأحلام.

أما التسلط على الطفل وممارسة العنف عليه والكبت والحرمان والإهمال والتوبيخ وما إلى ذلك، له أثر في اتجاه الطفل نحو الانطواء أو الانبساط. وللمدرس ولأسلوب التربية الأثر الأكبر في هذا أيضاً.

والواقع أننا لا نستطيع أن نزع أن الانطواء والانبساط اكتساب صرف، أو وراثه محضة. ولكن الإنسان ابن الوراثة والبيئة معاً. فالوراثة تضع البذور وتحدد الإطار العام الذي لا يمكن أن تتعداه العوامل البيئية. فالبيئة لا تخلق من العدم، والوراثة وحدها لا تجدي ... إننا لا نستطيع أن نحول الأقزام إلى عمالقة، ولا البلهاء إلى عباقرة. ولكن بذور البرتقال مثلاً تحتوي على شجرة

برتقال، ولا تستطيع تربية كائنة ما كانت أن تخلق من بذور التفاح برتقالاً، كذلك التربية الصالحة لنمو البرتقال قد تكون من العوامل المعوقة لنمو التفاح. وهكذا فإن البيئة تصقل وتوجه النمو، تسمح للذكاء مثلاً أن يخبو أو يظهر ثم توجه سيره، فإما تفوق في العلم أو في الجريمة.

إذا قبلنا أن الشخصية الإنسانية محطة لتفاعل مجموعة العوامل الوراثية والبيئية يبقى تحديد الأهمية النسبية لكل منها أمر بالغ الصعوبة ... على أننا نميل لاستخدام لفظ الوراثة بمعنى كل ما يولد مزوداً به الطفل، أو على الأقل ما توجد جذوره عند ميلاد الطفل ... ولسنا نعني بها فقط مجرد الانتقال من الآباء إلى الأبناء. وإن ميلاد الطفل ليس إلا مرحلة جديدة من مراحل نموه فقط، فكل ما هو غير مكتسب أو متعلم فهو فطري فالصددمات التي يتعرض لها مخ الطفل أثناء الولادة المتعسرة ليست وراثية ولكنها ذات تأثير بالغ على شخصيته. هذا قد يبرر ما لوحظ من أن أحد أفراد الأسرة الواحدة قد يكون منطوياً والآخر منبسطاً. ولتوضيح صعوبة تحديد ما هو وراثي وما هو مكتسب. تخيل أن أماً منطوية أنجبت طفلاً ولوحظ على سلوكه بعد أن بلغ سنّاً تسمح لنا بملاحظته أنه أيضاً منطوي. هنا لا نستطيع أن نجزم بأنه ورث إنطوائيته ولم يكتسبها لأنه يحتمل أن تكون الأم قد ربته على الانطوائية وغرست فيه السلوك المنطوي، وأن يكون هو قد نقل عنها تقليد الانطواء. إننا نجد في أصحاب الوراثة الواحدة، كما هو الحال في التوأم أن العوامل البيئية عندهم متشابهة إن لم تكن موحدة على أننا في قبولنا للدور الوراثي، يجب أن نقرر أن هذا الدور مشروط بنوع السمة. فالسمات الفسيولوجية يغلب عليها العامل الوراثي، بينما السمات الخلقية والنفسية كالإتجاه نحو الأسرة أو نحو المجتمع فهي خاضعة للتعليم والاكتساب، والواقع أن الدراسات الحديثة قد

أثبتت أن كثيراً من السمات والقدرات التي كان يظن أنها محدودة بعوامل وراثية صرفة، أمكن تعديلها، في الذكاء مثلاً أمكن تعديل مستوى بعض الأفراد عن طريق وسائل تربوية صالحة، وعن طريق تحسين التغذية واستخدام وسائل وقائية وعلاجية معينة. (فايد، ٢٠٠٥، ص ١٦٣).



الفصل الثاني

الإرشاد السلوكي

(Behavior Counselling)

- ١- مدخل
- ٢- مصادر النظرية
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- عملية الإرشاد السلوكي
- ٥- النظرة للاضطراب النفسي
- ٦- بعض أساليب العلاج السلوكي
- ٧- تقويم النظرية
- ٨- بعض التطبيقات



أولاً- مدخل:

يحتوي الإرشاد السلوكي على تيارات عديدة وأنظمة فرعية داخل النظام السلوكي ابتداء من كتابات: بافلوف، واطسون، سكنر، باندورا، ولبي وغيرهم. فالعلاج السلوكي أسلوب يقوم على أساس نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من فنيات العلاج التي تهدف إلى إحداث التغيير والتعديل في سلوك الإنسان وبخاصة السلوك غير المتوافق.

ومن أهم هذه النظريات نظرية ايفان بافلوف الذي قدم تجاربه عن الاشرط الكلاسيكي (١٩٢٠)، نشر واطسن عام ١٩٢٥ كتاب السلوكية الذي كان سلسلة من المحاضرات المطبوعة بالاتجاه البيئي لتحسين الكائنات الإنسانية وأعمال سكنر (١٩٥٣) وتجاربه المختلفة وكتاباته عن العلم والسلوك الإنساني. ودولارد وميلر (١٩٥٠) ونظريتهما في العلاج النفسي التي تحديا بها مدرسة التحليل النفسي، ثم وفي انكلترا كتب جوزيف ولبي كتابه الشهير عن العلاج بالكف بالنقيض عام (١٩٥٨) ثم استخلص آيزنك المبادئ والتعديلات النظرية والتعليمية للاضطرابات النفسية وانشأ أول مجلة علمية متخصصة في هذا المجال. وفي الولايات المتحدة الأمريكية بدأ العلاج السلوكي وتطور منذ إعمال سكنر حول الإشرط الإجرائي وفي عام (١٩٦٦) تم تأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج السلوكي التي يرمز لها اختصاراً (A.A.B.T American Association For Behavior Therapy)، وظهرت نظرية التعلم الاجتماعي التي طور مفاهيمها ألبرت باندورا (١٩٧٧).

إن السلوك هو النشاط الجسمي والحركي والفيزيولوجي واللفظي الذي يقوم به الإنسان وهو يتفاعل مع بيئته ويمكن ملاحظته بأدوات القياس أو بوساطة ملاحظ خارجي. ويشتمل تعديل السلوك على التطبيق المنظم للأساليب التي

انبثقت عن القوانين السلوكية وذلك بغية إحداث تغيير ظاهري مفيد في سلوك الإنسان.

يتأثر السلوك الإنساني بمجموعة من المؤثرات أهمها:

الجانب المعرفي: حيث تتشكل استجابات الفرد وردود أفعاله للأشياء والأشخاص طبقاً لإدراكه، أي طبقاً لعالمه المعرفي المنفرد. والدافعية: التي تمثل القوى الدافعة المنشطة للفرد. ويحدد التحليل الدافعي الهدف الذي يسعى الفرد لتحقيقه. وتلبية الحاجات الأساسية: التي تقوم بدور مهم في حياة الإنسان مثل الطعام والشراب والجنس والمحافظة على الذات. والحاجة إلى الانتماء.

وتعتمد المعالجة السلوكية إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه ومساعدة المريض على تعلم استجابة أو سلوك آخر أفضل تكيفاً، ومما يميز المعالجة السلوكية عن غيرها من المعالجات النفسية أنها تركز بشكل أساسي على ما يمكن مراقبته ومشاهدته في سلوك المريض دون التعرض لما يدور في ذهنه من دوافع لسلوكه الخارجي، ولذلك فإن الكثير من المعالجين السلوكيين يستعملون مع المعالجة السلوكية مزيجاً من أنواع أخرى من المعالجات النفسية فنجدهم مثلاً يتعرضون أحياناً للدوافع والأسباب الفردية لهذا السلوك الخارجي الظاهر. (مبيض، ٢٠٠٦، ص ٥٧).

ثانياً- مصادر النظرية:

(١): **نظرية الإشرط الكلاسيكي (Classical Condioning)**

تركز هذه النظرية على العلاقة بين المقدمات والاستجابات ويشار إلى هذا النوع من الإشرط أحياناً بإشرط المستجيب. وترى هذه النظرية أنه بعد المزوجة بين المثير غير المشروط (الطبيعي) والمثير المحايد فإن ظهور المثير المحايد يؤدي إلى ظهور الاستجابة التي كان يولدها المثير الطبيعي. قد

جاءت أفكار بافلوف هذه بناء على التجارب التي قام بها على الكلاب فعندما كان يقدم الطعام للكلب يسيل اللعاب من فم الكلب وهي استجابة طبيعية ولكن لاحظ أن اللعاب يسيل بمجرد رؤية الشخص الذي كان يقدم الطعام ولذلك قام باقران تقديم الطعام وهو مثير غير شرطي مع قرع الجرس وهو مثير محايد في هذه المرحلة وبعد تكرار الاقتران لاحظ بافلوف أن اللعاب يسيل عندما يسمع الكلب قرع الجرس الذي أصبح مثير مشروط في هذه المرحلة بينما إفراز اللعاب عند سماع الجرس هي استجابة مشروطة.

وفي مرحلة تالية نقل واطسون ما قام به بافلوف لحياة الإنسان، وظهرت على يديه أول مدرسة سلوكية تقوم على تشكيل سلوكيات الفرد ويؤخذ عليه انه بالغ في التركيز على دور العوامل البيئية في تشكيل السلوك الإنساني دون النظر للعوامل الوراثية. ومن الأقوال الشهيرة لواطسون أعطني ١٢ طفلا اجعل لك منهم قديسا ومحاميا وطبيباً (الشمي، ٢٠٠٩، ص ١٨).

(٢): الإشرط الإجرائي (Operant Conditioning)

تركز هذه النظرية على ما يحدث بعد السلوك أي أن نتائج الاستجابة هي العامل المسيطر، والأحداث السابقة أو المقدمات هي مثيرات تنتج المعلومات حول النتائج، ويسمى هذا النوع من الإشرط بالإشرط الآلي. إذا التغيرات التي تحدث في سلوك الفرد إنما تحدث نتيجة لتبادلات في سلسلة من: المقدمات- الاستجابة- النتائج

فالنتيجة هي التي ستقرر فيما إذا كان هذا السلوك سيكرر وتسمى نتائج السلوك بالمعززات (Reinforcers، أو المعاقبات Punishers).

ويعتبر سكنر واضع أساسيات الإشرط الإجرائي، حيث أجرى تجاربه على مجموعات صغيرة من القطط والحمام الجائعة لتلنقط المفتاح أو لتدفع الزجاجة

كل مرة نفذ فيها الحيوان السلوك المتوقع كان الطعام يندفع إلى صحنه. واعتبر سكر أن معظم سلوكيات الإنسان إجراءات، وهذه السلوكيات تحكم عن طريق نتائجها، ويفسر بهذه النظرية السلوك الفردي والجمعي.

ويختلف الإشرط الكلاسيكي عن الإشرط الإجرائي في:

١- موعد حدوث التعزيز: يحدث التعزيز في الإشرط الكلاسيكي قبل حدوث الاستجابة، في حين يأتي التعزيز في الإشرط الإجرائي بعد الاستجابة.

٢- دور المثيرات: لا يستدعي المثير الشرطي في الإشرط الكلاسيكي الاستجابة إلا إذا اقترن بمثير طبيعي لفترة من الوقت ولعدة مرات، أما في الإشرط الإجرائي فالمثير الذي يستدعي الاستجابة هو مثير طبيعي تم تعزيزه ولو مصادفة. إذا في الإشرط الإجرائي تنتج الاستجابة مثيراً، أما في الإشرط الكلاسيكي المثير فيعقبه مثير.

٣- طبيعة التغيرات التي تحدث: يتغير أثر المثيرات الحيادية التي لا تستدعي الاستجابة أصلاً إلى مثيرات استجابية في الإشرط الكلاسيكي، وفي الإجرائي تتغير سرعة أو شدة أو معدل حدوث السلوك.

٤- صفة السلوك والجهاز العصبي المرتبط به: إن الاستجابة في الإشرط الكلاسيكي لا إرادية تمثل نوعاً من الفعل المنعكس الشرطي البيولوجي أو النفسي، أما الاستجابة في الإشرط الإجرائي فإنها تحدث بفعل تأثير المعززات أو العقاب، فهي لا تخضع لسيطرة الجهاز العصبي الإرادي.

٥- ما يتعلمه الكائن العضوي: الإشرط الكلاسيكي يكسب الكائن انفعالات مختلفة كالخوف، والإشرط الإجرائي يكسبه سلوكيات هادفة، لذا فهو أكثر فعالية في العلاج السلوكي. (عبد الرحمن، ١٩٩٨)

(٣): التعلم الاجتماعي (Social Learning)

يشار إلى هذا النوع من التعلم في بعض الأحيان بالتعلم بالتقليد، أو التعلم بالملاحظة، أو النمذجة أو القدوة. وقد استفاد أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي من دراسات الإشراف الكلاسيكي والإجرائي التي اهتمت بالعوامل الخارجية، ومن جهود أصحاب النظريات المعرفية، الذين يركزون على الأحداث الداخلية والعمليات العقلية. فوجدوا أن التعلم يحدث نتيجة للتفاعلات المتبادلة بين كل من البيئة الداخلية والخارجية. ويرجع الفضل الأكبر في تطوير نظرية التعلم الاجتماعي إلى باندورا، الذي ركز على التعلم بالملاحظة باعتبارها تزود الفرد بطريقة السلوك في البيت والمجتمع. كما يتعلم الفرد بالنمذجة سلوكاً جديداً من خلال مراقبة الآخرين كنماذج يمكن أن تُقلد. وبما أن تفاعل الفرد مع البيئة يخضع لقواعد التعلم، وبالتالي إن شخصيته نتاج التعلم. فهذا يعني أن أنواع السلوك الشاذ أو غير المتكيف يتم تعلمها هي الأخرى، فخصية الفرد تتكون من عاداته الإيجابية والسلبية، والعادات السلبية يتم تعلمها بالطريقة نفسها التي يتم تعلم العادات الإيجابية، أي عن طريق تعزيزها. ويختلف السلوك الشاذ عن السلوك السوي لا في الطريقة التي يتم تعلمه بها وإنما في نظرة الملاحظ الخارجي.

(٤): التعلم المعرفي

جاء تعديل جديد للنظرية السلوكية على يد كلاين (Klein) الذي أدخل مفهوم التفكير واعتبر أن السلوك لا يتم يصوره آلية وإنما الإنسان يقوم بعملية هامة عند قيامه بسلوك ما تجاه أي مثير يتعامل معه، وهي عمليات التفكير، بحيث يقوم بادراك المثير ثم فهمه ثم انتقاء الاستجابة الملائمة له وهذا ما يميز السلوك الإنساني.

يذهب أصحاب النظرية المعرفية إلى أن الطفل في مخاوفه من بعض الحيوانات مثلاً إنما يأتي من فكرة خاطئة تتعلق بقدرة هذه الحيوانات على إيقاع الأذى به بصورة مبالغه عن قدرته على مواجهتها وتقادي الضرر الذي تحدثه. واستطاع إليس (Ellis) تطوير برنامج علاجي على أساس فكرة الشخص أو تصوره لتفسير الأحداث التي هي أساس أو أصل كل الاضطرابات العصابية.

(٥): التعلم المستند إلى الدماغ

يعتقد علماء الأعصاب أن الدراسة المباشرة للدماغ هي الطريق الوحيد لفهم أسباب السلوك. والجهاز العصبي هو القاعدة الفيزيائية لعملية التعلم الإنساني. كما أن الدماغ يتغير عبر دورة الحياة وفقاً لما يتعرض له الفرد من خبرات. وللخبرات الحسية في السنوات الأولى من عمر الطفل تأثير كبير في تطور الدماغ، ومن ثم في السلوك والتعلم.

إن التعلم المستند إلى الدماغ نظرية في التعلم تستند إلى الدماغ تركيباً ووظيفة، وإن هذا التعلم سيظل مستمراً طالما لم يُمنع الدماغ من أداء عملياته الطبيعية لسبب من الأسباب. "وغالباً ما يقال أن كل فرد قادر على التعلم، ولكن الأصح أن نقول: أن كل فرد يمارس عملية التعلم، نظراً لأن كل فرد يولد بدماغ يتعلم بالفطرة. إن التعليم التقليدي غالباً ما يقمع التعلم بعدم تشجيعه أو تجاهله، أو معاقبته عمليات التعلم الطبيعية للدماغ." (الريماوي والزعبي، ٢٠٠٤، ص ١٨٩)

ثالثاً: أهداف الإرشاد السلوكي

يهتم المعالج النفسي الذي يستخدم هذا النوع من العلاج بتحديد أهداف واضحة يريد الوصول إليها في نهاية جلسات العلاج، فيحدد سلوك معين يأمل

العمل في التخلص منه مثل التخلص من الخوف من الأماكن المرتفعة أو اكتساب تصرف معين مثل تأكيد الذات.

ويركز المعالج السلوكي عمله على تغيير السلوك دون تكريس أو تخصيص وقت طويل لفهم طفولة المريض مع والديه أو مع أصدقائه، وتعتمد فكرة التغيير في السلوك على مبادئ التعلم، فيعمل المعالج على تشجيع المريض لكي يتصرف بطريقة مختلفة، وأخيراً يتم قياس وتقييم أثر التدخلات السابقة، ويمكن عمل تغييرات وتبديلات في خطة العلاج حسب المطلوب. (مؤمن، ٢٠٠٧، ص ٢).

إننا في الإرشاد السلوكي لا نتحدث عن أهداف موحدة للعلاج ، وإنما يتخذ العلاج السلوكي الفرد محورا له، وبذلك فإن الأهداف الإرشادية تعد خصيصا لكل فرد على أساس من مشكلاته (مشغوليته)، والقاعدة الأساسية انه لا يوجد أسلوب إرشادي واحد ولا يوجد هدف نمطي واحد، وما يحدث في عملية الإرشاد إنما يتحد جزئيا عن طريق الأهداف التي تعد بالاشتراك بين المرشد والمسترشد. وتكون الأهداف في الإرشاد السلوكي محددة في صورة ما سيفعله المسترشد ، أين سنقع هذه الأفعال والتصرفات والى أي درجة ستتم هذه التصرفات ، ووجود الأهداف بطريقة محددة وواضحة في هذا النوع من الإرشاد يساعد من ناحية أخرى على تقويم النتائج. (Carlson.1967.p 189) وهناك أربع خطوات يجب إتباعها لوضع الهدف والأسلوب الذي يتخذ لتحقيقه وهي:

تحديد المشكلة: عن طريق استخلاصها من المسترشد، وتحديد أين ومتى ومع من يقع السلوك غير الملائم، والأحداث التي تؤدي إليه، وهل تلاحظ في سياقه الواقعي.

التاريخ التطوري والاجتماعي للمسترشد: حيث إن تسجيل تاريخ المسترشد هام بالنسبة لتحديد مناطق النجاح والفشل في حياته ونواحي قوته وضعفه وأنماط العلاقات الشخصية وأنواع السلوك التوافقي والمناطق المشككة، وكذلك أي أسباب عضوية وجسمانية.

وضع أهداف محددة للإرشاد: يعمل السلوكيون في اتجاه واحد في الوقت الواحد، أي يتناولون مسألة بعينها حسب الأولوية في الاهتمام. إن أهداف الإرشاد يجب أن تتحدد في عبارات دقيقة وهي تختلف من فرد إلى آخر والهدف النهائي هو مساعدة العميل على تدبير أمره بحيث يستطيع التحكم في مصيره، فالمرشد والعميل يجب أن يتعاونوا معا لوضع أهداف الإرشاد وما الذي يريدانه منه.

تحديد الوسائل والأساليب التي ستستخدم لتحقيق الأهداف: ومن المهم أن تكون الأساليب مرنة وغير جامدة، وقابلة للتعديل وفقا لقدرات العميل والأهداف المرجوة. (حسن وآخرون، ١٩٨١)

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي

يتسم الإرشاد السلوكي بمجموعة من الخصائص التي تميزه عن غيره، وهذه الخصائص هي:

١- التركيز على السلوك (الأعراض) أكثر من التركيز على أسباب مفترضة: فقد كانت العلاجات التقليدية مثل مدرسة التحليل النفسي تبني علاجاتها على أساس من الاقتناع بوجود أسباب تكمن في مراحل النمو المبكرة وأن معرفة هذه الأسباب المولدة للأعراض التي يأتي بها المريض والقضاء عليها هو الأساس في العلاج النفسي. والمعالج في التحليل النفسي يقتنع بأن هذه

الأسباب مخزونة في اللاشعور، ولذلك فانه يعمل جاهدا لاستحضار ما في (اللاشعور) إلى حيز الشعور، وقد يستغرق ذلك منه سنوات.

أما المعالجون (المرشدون) السلوكيون فيرون أن التركيز ينبغي أن ينصب على السلوك موضوع المشكلة (الأعراض) أكثر من البحث عن الأسباب الكامنة وراء السلوك، وإن اهتمام المعالج يكون في تناول هذا السلوك أكثر مما هو في بحثه عن الأسباب أو محاولة القضاء عليها.

١- يرفض الإرشاد السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات:

يعتبر مفهوم السمات واحدا من المفاهيم التي لقيت جدلاً واسعاً وانتقادات كثيرة. وتُعبّر السمة عن خاصية مستقرة ودائمة نسبياً للشخصية، تميل بها إلى أداء سلوكيات معينة في المواقف المتعددة. فإذا افترضنا على سبيل المثال انه في موقف ما يحكم على الشخص (أ) انه أكثر عدوانية من الشخص (ب) وهذا بدوره يحكم عليه انه أكثر عدوانية من الشخص (ج)، فإذا اعتبرنا سمة العدوانية في هذا المثال فان هؤلاء الأشخاص سيكون عدوانهم في مواقف مختلفة بنفس الترتيب السابق. لكن في الواقع العملي فان مثل هذا الاتساق السلوكي لا يلاحظ عبر المواقف المختلفة إلا في حالات نادرة. وبذلك فان المعالجين السلوكيين يرفضون النظرية التقليدية للسمات.

٣- السلوكيات غير المتوافقة هي استجابات متعلمة:

تركز نظريات الإرشاد السلوكي على أن الإنسان هو نتاج البيئة التي يعيش فيها؛ وبذلك فان قوانين التعلم التي يستفيد منها الإرشاد السلوكي تفسر لنا كيف تؤثر البيئة على الناس. ورغم الاختلاف بين السلوك المتوافق وغير المتوافق في تأثيرها على الأفراد، فان المعالجين السلوكيين ينظرون لكلا

النوعين من السلوك على أنهما مكتسبان بالتعلم ويخضعان لنفس القواعد. وقد بدأ المرشدون السلوكيون في الآونة الأخيرة بالاهتمام بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من آثار مرتبطة بالسلوك غير المتوافق، وذلك أن بعض السلوكيات غير المتوافقة التي تعقب حدوث إصابة بالمخ لا يكون من السهل علينا أن نرجعها إلى التعلم كما أن نظرية باندورا قد نادت بوجود تأثير من الشخص في البيئة، وبذلك أدخلت العمليات المعرفية في توليد الاستجابات.

٤ - فائدة قواعد التعلم في تعديل السلوك غير المتوافق:

لا ينظر الإرشاد السلوكي إلى الاستجابات غير المتوافقة على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة ومن ثم فلن يكون هدف المرشد تسهيل عملية إعادة تنظيم أو إعادة بناء شخصية المسترشد وإنما يكون الهدف هو المساعدة على إزالة المشكلات النوعية التي تؤثر في أداء المسترشد. ويشترك في الإرشاد السلوكي المرشد والمسترشد في تحديد أهداف نوعية ومحددة للإرشاد.

٥ - يعد المرشد السلوكي طريقة العلاج بما يناسب مشكلة المسترشد:

إن المرشد السلوكي لا يلتزم بطريقة إرشادية واحدة وإنما يستخدم طرقاً متنوعة، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة، فالخوف على سبيل المثال يمكن علاجه بالتخلص التدريجي من الحساسية أو باستخدام الغمر أو النماذج السلوكية أو العقاب أو التعزيز. ولهذا يقول المرشدون السلوكيون إنهم يقومون بتفصيل طرق الإرشاد لكل فرد على حدة بما يناسب ظروفه ومشكلته.

٦ - هنا - والآن:

لا يهتم المرشد السلوكي بالبحث في الماضي البعيد للمسترشد ... وإنما يهتم بصفة أكثر بما يحدث الآن (السلوك أو الأعراض) وكذلك في موقف الإرشاد، وذلك على عكس التحليل النفسي الذي ساد كطريقة للعلاج في أوائل

القرن العشرين والذي كان جل اهتمامه أن تعمل على استحضار الخبرات التي حدثت للفرد في طفولته المبكرة من اللا شعور الذي كبتت فيه إلى الشعور والتعامل معها. فالإرشاد السلوكي يهتم إذن بالواقع الحالي للمسترشد، ماذا يحدث؟ والبيئة التي يحدث فيها السلوك. وان كان ذلك لا يمنع من التطرق إلى الماضي في بعض الأحيان ولكن دون التركيز الشديد عليه.

٧- الإرشاد السلوكي يقوم على أساس تجريبي:

يؤكد الإرشاد السلوكي على أهمية إتباع المنهج العلمي كأسلوب للحصول على النتائج التي تساعد على تحسين فنيات الإرشاد. وفي الإرشاد السلوكي فان المرشد يهتم عادة بتحديد خط البداية للسلوك الذي يتناوله كما يهتم بتقويم نتائج الإرشاد حتى يتسنى له إجراء المقارنات.

(يمكن التوسع في ذلك بالعودة إلى الشناوي والسيد، ١٩٩٨، ص ٣٠-٢٤).

وتتم عملية الإرشاد النفسي في الإرشاد السلوكي وفق

الخطوات التالية:

١- تحديد السلوك المستهدف:

الخطوة الأولى في أي برنامج إرشادي في تعديل السلوك هي تحديد السلوك المستهدف سواء كان مرغوباً فيه أو غير مرغوب والمهم هو السلوك الذي يمكن ملاحظته ويجب الابتعاد عن السلوكيات التي يصعب ملاحظتها. ولتحديد نوع السلوك المستهدف يتعين تحديد حدوده بالشكل الذي يمكن قياسه والتعبير عنه بطريقة كمية أو رقمية باستخدام أنواع من أدوات القياس المعروفة مثل الملاحظة المباشرة والاختبارات وجمع البيانات والمعلومات، وكذلك تحديد أوقات حدوثها وعدد مرات حدوثها وطول أزمان حدوثها (الفتلاوي، ٢٠٠٥، ص ٢٦٦).

والسؤال الهام هنا هو من يحدد السلوك غير المرغوب فيه؟

تعتبر الأسرة الجهة الأولى والأساسية في تحديد السلوك غير المرغوب فيه، ولكن في بعض الأحوال يصعب ذلك. ولذلك تحتاج الأسرة إلى تدخل المتخصص في تحديد السلوك المضطرب حتى يمكن إيجاد التدخل المناسب، وبالتالي لا يمكن القول إننا يمكننا التخلي عن رأي الأسرة في تحديد السلوك، حيث يقوم تعديل السلوك على مشاركة أولياء الأمور في الخطة بأجزائها المختلفة بداية من تحديد السلوك وتعريفه حتى تقييمه ومتابعة خطوات التدخل والمساعدة على تحقيقها (الشمي، ٢٠٠٩، ص ٦٣).

٢- تعريف السلوك المستهدف :

بعد تحديد السلوك المشكل والتعرف إلى طبيعته وقوته لا بد من الاتفاق مع الفرد أو أولياء الأمور لاتخاذ قرار رسمي حول إمكانية التعديل وكيفية تنفيذ عملية التعديل المطلوب وهناك شروط حددها بيرادين (١٩٩٠) بالاتي:

- يجب أن يصاغ السلوك المراد تحقيقه بعبارات سلوكية إجرائية قابلة للقياس ومحددة.
- أن يكون السلوك قابلاً للتحقيق من قبل الفرد أي أن يتلاءم مع قدرات الفرد الذاتية، فلا يكون صعباً يولد الشكوى والتذمر ولا يكون سهلاً وهيناً يولد الشعور بالإهمال والتهاون وعدم الجدية بالتنفيذ. وفي كلتا الحالتين تتعرقل عملية التعديل. لذلك يجب مراعاة أن يكون السلوك هدفاً عملياً وقابلاً للتحقيق وتبدو أهمية تحديد السلوك النهائي من أجل مقارنة السلوك المستهدف مع السلوك غير المرغوب من بداية الخطة العلاجية وذلك من أجل تقييم فعالية تلك العملية وبيان مدى نجاحها أو فشلها.

- ان يكون السلوك متصفا بالموضوعية والشمولية.

- تحديد معايير السلوك النهائي وشروطه، أي تحديد كافة الشروط والمعايير والتغيرات التي تؤدي إلى تغير السلوك وتعديله من حيث الكم والنوع والكيف لتسيير معايير وشروط قياسه (الفتلاوي، ٢٠٠٥، ص ٢٧٥).

وبالتالي فإن التعريف الدقيق يساعدنا على الكثير من الأمور التي نتوقف على دقة التعريف مثل:

- تحديد الأسلوب الأمثل في التعامل مع السلوك المستهدف

- إن تحديد السلوك المستهدف بصورة قاطعة يحدد معيار قياس نتائج الخطة العلاجية.

- يساعد التعريف الدقيق على معرفة الأسباب التي تؤدي لظهور هذا السلوك وبالتالي يمكن لواضع الخطة العلاجية من وضع بدائل لهذا السلوك تحقق لدى الفرد النتائج التي يرغب فيها، ولكن بسلوك ايجابي تقبله الأسرة والمحيطون به (الشمي، ٢٠٠٩، ص ٦٦).

٣- تصميم خطة تعديل السلوك:

إن أولى خطوات تصميم الخطة الإرشادية هي صياغة الأهداف السلوكية منها، وهناك خصائص يجب أن يتميز بها الهدف منها أن يكون الهدف واضحا ومحددا وقابلا للقياس وموقوتا بمدة زمنية معينة. والخطوة الثانية في تصميم الخطة الإرشادية هي تحديد نقاط القوة لدى الفرد والمهارات التي يمكن استخدامها في التعديل، بالإضافة إلى المعززات ذات الأهمية بالنسبة للفرد بحيث تكون مدعما له في تعديل السلوك والتعاون مع إجراءات التعديل (الشمي، ٢٠٠٩، ص ٧٣).

٤ - تنفيذ الخطة الإرشادية:

- بعد إعداد الخطة وتصميمها بناء على الخطوات السابقة تأتي مرحلة تنفيذ الخطة الإرشادية ويستوجب نجاح عملية التنفيذ ما يلي:
- أن يتم الاتفاق بين جميع الأفراد والجهات التي تتعامل مع الفرد حول مضمون الخطة التعديلية وعلى طريقة تنفيذها في المراحل المختلفة.
 - أهمية المرونة عند تنفيذها والقيام بالتغييرات المناسبة في الخطة عند الضرورة.

- ينبغي تنبيه الفرد دائما إلى التقدم الذي يحرزه ليكون ذلك دعما للفرد إلى جانب عوامل الدعم الأخرى (الشمي، ٢٠٠٩، ص ٧٣).
- #### ٥ - تقييم فاعلية الإرشاد:

وهذا التقييم هو المرحلة التي يتم فيها الوقوف على ما يتم تحقيقه في الخطة التعديلية ولابد أن يكون التقييم بشكل دائم وخلال تنفيذ الخطة بصورة دورية بحيث لا يكون في نهاية التنفيذ فنخسر فرصة التعديل في أثناء التنفيذ، بمعنى آخر أن يتم التقييم مرحليا فنرى مدى تحقيق كل مرحلة للهدف المطلوب منها طبقا للمعايير التي تم وضعها للحكم على تحققها من عدمه. (الشمي، ٢٠٠٩، ص ٧٣).

٦ - متابعة الحالة:

بعد عملية تعديل السلوك ليس من المنطقي ترك المتابعة بشكل نهائي بعد انتهاء عملية تعديل السلوك وتحقيق النتائج المرجوة، فلا بد من المتابعة الدورية وذلك:

- لملاحظة سلوك المتعلم المرغوب فيه في المواقف المختلفة.
- لتكوين خلاصة عامة بما وصل إليه السلوك المرغوب فيه.

- لتحديد مدى إفادة المتعلم من عملية تعديل السلوك على المدى البعيد إذ إن كشف كفاءتها أو جدارتها يتوقف على ما تحقق من سلوك وبشكل متكامل مع شخصية المتعلم بنائياً ووظيفياً.

- لتفسير وتحليل المعلومات الخاصة بنتائج قياس السلوك النهائي للمتعلم.

- لتفسير وتحليل البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج تقييم فعالية خطة تعديل السلوك. (الفتلاوي، ٢٠٠٥، ص ٤٠٣)

خامساً: النظرة السلوكية للاضطراب النفسي

يرى أنصار الإرشاد السلوكي أن الاضطرابات النفسية تكتسب بنفس الطريقة التي تكتسب بها السلوكيات السوية، أي بفضل سياق التعلم الذي يعتمد على مبادئ الإشراف والتعلم معاً. وهم يرون أن بالإمكان فهم السلوكيات غير السوية كافة، ومن ثم تحويلها باستثناء تلك الناجمة عن أسباب عضوية، من خلال التركيز على السلوك، لا على الشخصية ككل. أي يفترض الإرشاد السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر. غير أن الإرشاد السلوكي قد اهتم في الآونة الأخيرة بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من آثار ترتبط بالسلوك غير التوافقي. فالإرشاد السلوكي لا ينظر إلى الاستجابات غير المتوافقة على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة، لذلك فهو لا يهدف إلى إعادة بناء أو تنظيم شخصية المسترشد وإنما يهدف إلى التخلص من المشكلات المحددة التي تتدخل أو تؤثر سلباً على أداء المسترشد.

ويوجد عدة محكات لا بد من مراعاتها للحكم على الاضطراب السلوكي:

- شدة وتكرار السلوك:

من المحددات الأساسية التي ينبغي أخذها بالاعتبار عند الحكم على سلوك ما بأنه مضطرب درجة شدة هذا السلوك وتكراره، فسلوك الطفل يعتبر انحرافاً عن المعايير المقبولة إذا بلغ حد التطرف أو الإفراط. وقد أكدت معظم تعريفات الاضطرابات السلوكية ضرورة استمرار السلوك المضطرب أو المشكل الذي يعاني منه الفرد فترة زمنية طويلة، أي لا يكون مؤقتاً أو عابراً حتى نسمي صاحبه بالمضطرب.

- انحراف السلوك عن المعايير السائدة:

تتميز المجتمعات المختلفة بالتباين في عاداتها وتقاليدها، وهذا التباين يمتد ليشمل المعايير الثقافية والعادات والتقاليد. والسلوك غير السوي هو الذي يشذ عن المعايير السائدة في المجتمع.

- علاقة الاضطراب بالفروق الفردية :

أحد المحكات التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند النظر إلى الاضطرابات السلوكية هي الفروق الفردية بين الأفراد وردة فعلهم تجاه الظروف المحيطة والمشكلات التي تواجههم.

ونحاول فيما يلي استعراض بعض الاضطرابات السلوكية:

١ - العدوان:

ترى النظرية السلوكية أن العدوان اتجاه سلبي نحو الجماعة التي ينتمي إليها الفرد، وهو نتيجة لما يعانيه صاحب هذا الاتجاه من إحباطات مختلفة. وأن صعوبة الحياة جعلت من سمة التنافس إحدى السمات الهامة في الوقت الحاضر، وبالتالي فإن الفشل الذي قد يعانيه الفرد بسبب درجة من الإحباط والمواقف المحبطة غالباً ما تؤدي بالفرد إلى أن يكون عدوانياً ويكون قادراً

على التعبير عن هذا العدوان، ولكنه لا يستطيع تنفيس هذا العدوان على أفراد الجماعة التي ينتمي إليها، ولذلك يقوم بإزاحة هذا العدوان نحو جماعة أخرى. وإن عملية الإبدال التي يمارسها العدوان هي وسيلة دفاعية لا شعورية، وهكذا يمارس الفرد العدوان دون أن يدري فيتحول إلى مرحلة مرضية من العدوان (وقد تصل للتعصب نحو الآخرين) ويرى باندورا أن العدوان سلوك تعلمه الفرد من خلال أسلوب التعلم والملاحظة والتقليد (شقيز، ٢٠٠٥، ص ١٤٥).

٢- العصاب:

اعتبر بافلوف أن العصاب اضطراب بين استجابة الكف والاستثارة، وهي استجابات يتعلمها الفرد، وقد اعتبر الهستيريا والإعياء النفسي كأبرز أمراض العصاب. وقد استفاد آيزنك من نظرية بافلوف حيث اعتبر أن العصاب هو مجرد عادة خاطئة تعلمها الفرد نتيجة تجارب وظروف تركزت عن طريق المنعكسات الشرطية المتعددة، وأنه لا علاقة للعصاب باللاشعور والكبت، لذلك فإن المرض العصابي يمكن معالجته بإطفاء العادة المرضية وتأسيس عادة جديدة صحيحة أو بناء سلوك طبيعي جديد مكان السلوك الخاطئ.

تفسر السلوكية الحديثة العصاب على أساس المنعكسات الشرطية ومفعول الدوافع والتجربة، كما أنها تقدمت بوسائل علاجية تختلف كثيراً عن الأصول الفرويدية للتحليل النفسي حيث أصبح التفسير السلوكي للعصاب وعلاجه المدرسة المناوئة والمنافسة لمدرسة فرويد (إبراهيم، ١٩٩٤، ص ٩٣).

٣- القلق:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والسلبي، وهي تخالف تماماً وجهة نظر التحليل النفسي.

حيث لا يؤمن السلوكيون بالدوافع اللاشعورية، ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صور منظمات الهو (الغرائز) والانا (الذات الواعية) والانا الأعلى (الضمير) كما يفعل التحليليون، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي. وهذا يعني إن مثيرا محايدا يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادرا على استدعاء استجابة الخوف، مع انه في طبيعته لا يثير مثل هذا الشعور. وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير الخوف بطبيعته فان الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق. وقد استطاع واطسون أبرز رواد المدرسة السلوكية أن يصنع خوفا لدى الطفل "ألبرت" الذي كان يبلغ من العمر احد عشر شهرا، وقد كان تعود للعب مع احد حيوانات التجربة، ثم شرط واطسون رؤية الطفل لهذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال ومفاجئ. وبعد حدوث الاشرط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يلعب معه ويسر برؤيته من قبل. ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين علماً أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف مع تعرض رابطة الاشتراط إلى النسيان (الكفافي، ١٩٩٩، ص ٢٧٢).

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد يتعلم القلق من والديه عن طريق التقليد حيث يرى سوليفان (Sullivan 1953) أن الأبوين ينقلان إلى أبنائهما القلق الذي يعانون منه، وأن الأم القلقة وهي ترضع طفلها سرعان ما تدرك أن الطفل تظهر لديه علامات القلق وكأن الرضيع يتناغم عاطفيا مع والدته. وإذا

استمرت هذه التفاعلات بين الأم والطفل في مواقف مختلفة فإن الطفل تتكون لديه حالة القلق. (الزعيبي، ٢٠٠٥، ص ٤٨).

٤- المخاوف المرضية :

تعتبر المخاوف المرضية من الأعصاب المكتسبة لدى ولبي. وللخوف المرضي العديد من الأعراض مثل الشعور بالقلق والتوتر الشديد والشعور بالنقص وتوقع الشر وشدة الحذر والحرص والاندفاع وسوء التصرف والسلوك والإغماء وخفقان القلب وتصبب العرق والتبول اللاإرادي أحياناً. وهذه الأعراض بالطبع تختلف حسب شكل الخوف المرضي وموضوعه وشدته وما يتركه من اثر في حياة الفرد الشخصية والعملية.

يعتبر جماعة المدرسة السلوكية أن الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة (مكتسبة) يتم تعلمها من طريق عملية الاشراف، وبذلك فإن المريض يخاف من بعض الظروف التي اقترنت - زمنياً - بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة، ونتيجة لهذا الارتباط يكتسب المثير غير الطبيعي -الشرطي - صفات المثير الطبيعي غير الشرطي.

ونورد هنا بعض الأشكال للخوف المرضي :

*الخوف المرضي من الحشد والجماهير Oclophobia

*الخوف من الأصوات Acousticophobia

*الخوف من المرتفعات Acrophobia

*الخوف من الأماكن المغلقة Cenophobia

*الخوف من الطعام Cibophobia

*الخوف من الأحياء المجهرية Bacillophobia (الزراد نقلا عن

ولبي، ٢٠٠٥، ص ٤٨)

٥ - الوسواس القهري :

هو احد الأمراض العصابية (النفسية) التي تتميز بأنها متكررة وتتسلط على صاحبها برغم معرفته أنها غير صحيحة ولا واقعية ويحاول مقاومتها والتخلص منها ولكن دون جدوى فنفرض نفسها عليه ويضطر للاستجابة عليها.

يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثيرا شرطيا للقلق نتيجة لارتباطه بمثير غير شرطي مثير لهذا القلق. فالسلوك القهري يتكون عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معيناً من شأنه أن يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي، وتخفيف القلق هذا يعزز السلوك القهري ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.

وقد يظهر السلوك الوسواسي القهري عند الطفل على شكل تقليد لسلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري، كما أن أساليب التنشئة الخاطئة والتربية الصارمة والتي تقوم على النهي والقمع للسلوك والعقاب المتكرر يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الوسواس القهري لدى الطفل. كما أن توقعات الوالدين المتشددة يمكن أن تسهم في ظهور الوسواس القهري عندهم، فالآباء المتشددون هم أنفسهم جامدون كما يبدوون قليلي الاحتمال لجوانب الضعف وعدم الاتساق لدى الطفل، وقد يكونون معزولين اجتماعيا. (الزغبى، ٢٠٠٥، ص ٦٠-٦١).

٦ - الفصام:

لا يتعامل المعالج السلوكي مع المرض وإنما مع الأنماط السلوكية التي تصف المرض وتشرحه وتسهم في تطوره، وعلاج الفصام في ضوء ذلك يعني تعديل أو علاج أنواع معينة من السلوك التي أدت إلى تشخيص مريض معين

بالفصام، ولهذا نجد أن من احد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي عند البدء في أي برنامج علاجي في مجال الفصام هو أن نحدد بالضبط السلوك الذي نرغب في التخلص منه، والشائع الآن النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل وجود (هلاوس، هواجس، اضطرابات في الانتباه، ضعف في عمليات الترابط، اضطراب في السلوك الحسي - الحركي، القلق، الانسحاب الاجتماعي)، وهكذا نجد أن العلاج السلوكي يتطلب التركيز على علاج أنواع المشكلات السلوكية لدى الفصاميين (ابراهيم، ١٩٩٤، ص ٤٤٥).

سادساً: بعض أساليب الإرشاد السلوكي

سنعرض لأحد أهم أساليب الإرشاد السلوكي وهو الاسترخاء والكف

بالنقيض:

الاسترخاء: Relaxation

الاسترخاء استجابة تعتمد على مبدأ فيزيولوجي وهو انه بالاسترخاء التصاعدي للعضلات تتلاشى آثار النشاط الذهني شيئاً فشيئاً كما تتلاشى الاضطرابات الانفعالية. ويرى الزراد أن يقدم الاسترخاء مصاحباً للعلاج بطريقة الكف بالنقيض وذلك بوضع المريض في حالة الاسترخاء على أن تقدم له في هذه الأثناء المثيرات التي أدت إلى قلقه أو خوفه المرضي. ويرجع الفضل في استخدام الاسترخاء للتخلص من حالات التوتر والانفعالات إلى العالم جاكبسون (Jacobson) الذي استخدم طريقة الاسترخاء التصاعدي (الزراد، ٢٠٠٥، ٢٢١). حيث ظهرت له مجموعة من الكتب والدراسات كان أبرزها عن الاسترخاء التصاعدي المتدرج. والبرنامج الذي يعتمده جاكبسون برنامج مطول ويحتاج إلى الوقت والجهد، أما البرنامج المستخدم في التحصين المنظم فهو محدود ولا يتجاوز السبع جلسات مقارنة مع برنامج جاكبسون

الشامل. حيث أن المعالج في العلاج السلوكي يركز اهتمامه على مجموعة خاصة من العضلات ، مثلًا عضلات اليد اليسرى ومقدمة الذراع ، ويعطى المريض التعليمات كي يشد عضلاته وتساعد على تحقيق الاسترخاء بشكل تدريجي ، ويبقى مستمرا في ملاحظة هذه المشاعر والأحاسيس. ومن المسلم به أنه بعد محاولات تدريب عدة يحقق المريض بعض التحكم الرمزي في هذه المجموعة من العضلات بالطريقة نفسها حتى يتمكن المريض من تحقيق الاسترخاء لمعظم عضلات جسمه.

يقابل المعالج المريض عادة ويتفق معه على فترات التدريب، التي تقسم أيضا إلى أقسام فرعية داخل كل جلسة علاجية. وقد تبين أن تقسيم جلسة المريض تؤدي إلى راحة المريض وعدم إرهاقه، ويمكن للمعالج أن يحدد هذه الفترات وذلك حسب حاجة المريض وحالته واستجابته للعلاج. وبصورة عامة لا يوجد هناك قواعد منتظمة ودقيقة، وما يهم المعالج هو المرونة فقد يواجه المعالج بعض الصعوبات بالنسبة لبعض المرضى حيث يكون هؤلاء بطيئي الوصول إلى المستوى المطلوب من الاسترخاء، وبشكل عام يجد معظم الأفراد سهولة في الوصول إلى الاسترخاء المطلوب، وذلك بفضل التدريب المستمر وتكرار التدريب في المنزل. ومعظم المعالجين يقومون بتدريب المريض على الاسترخاء من أجل نقل هذه الخبرة الاسترخائية إلى مواقف الحياة اليومية حيث تصادفه مواقف مقلقة أو مؤثرة. وكما اشرنا إلى أن هذا الاتجاه يعتمد على تقنيات جاكبسون في الاسترخاء التصاعدي كما يعتمد على عملية توليد الأفكار بواسطة الإيحاء الذاتي. وعملية الاسترخاء هذه تعتبر من أهم ركائز العلاج السلوكي وطريقة الكف بالنقيض التي نحن في صدها ، ويسبق عادة تمارين الإيضاحات أو التعليمات عن كيفية عمل الاسترخاء في الحالات العلاجية ، ذلك لأن مثل هذه الإيضاحات والتعليمات تقلل من استفسارات المرضى عن

سيطرته أو عن ضبطه لحالة الاسترخاء نتيجة لعامل معين، والواقع أن مثل هذه الأمور غالبا ما تزول بعد فترة من التدريب، وإن معظم المرضى يبدي تمتعه بحالة الاسترخاء التام. وإن مثل هذه التوضيحات للمريض تؤكد له أهمية الاسترخاء في إزالة القلق.

ويرى المعالجون النفسانيون ضرورة مراعاة شروط البيئة بحيث تسمح بإجراء عملية استرخاء مفيدة ، كأن تكون غرفة العلاج هادئة وبعيدة عن كل ما يزعج أو يقطع عملية الاسترخاء ، مع تأمين الراحة والتهوية اللازمتين ، ومن الضروري أن يكون الكرسي الذي يجلس عليه المريض مريحا وغير مرتفع كثيرا بحيث يسمح للمريض أن يستلقي بشكل مريح، ويفضل أن يكون مرتفعا قليلا ، ويدرب المريض حوالي (٦-١٠) مقابلات ويخصص لكل مقابلة (٢٠-٣٠) دقيقة ويطلب من المريض عمل تدريبات في المنزل يوميا، أو في مكتبه، ويمكن الاستعانة بكاسيت مسجل عليه تعليمات الاسترخاء ، إلى أن تتشكل لدى المريض في النهاية عادات الاسترخاء من خلال تكرار التدريبات. ويذكر الحجار في كتابه "فن العلاج في الطب النفسي السلوكي" أن هناك مبادئ عامة لتحقيق الاسترخاء المفيد والمهارة في تعلم الاسترخاء ، ومن بينها:

- ١- اختيار الكلمات المناسبة في التوجيه ،مثل (اترك) أو (دع) عضلاتك مسترخية وليس (اجعل) أو (حاول) لأن هذه الكلمات الأخيرة تدل على الجهد والتوتر بينما الكلمات الأولى تدل على الاستجابات الإرادية.
- ٢- يجب على المعالج عرض عملية الاسترخاء ببطء وإيقاع في بداية التعلم التدريبي ، وعدم الإسراع في عرض الكلمات الإيجابية -الاسترخائية مع فواصل زمنية.
- ٣- مراعاة الفروق الفردية في تقنية الاسترخاء ، وتفسير هذه الخبرة وأهدافها وفوائدها.

٤- الابتعاد عن السلبية وتجنب التضخيمات والصور السلبية مثلا(أنت مسترخ براحة وتشعر بالثقل).

٥- إدراك علامات التوتر: يجب على المعالج ملاحظة علائم التوتر عند المريض ، فالسعال والحركة غالبا ما تكون مظاهر لتبديل الأسلوب أو للاستعلام عن صعوبة المواجهة.

٦- على المريض في نهاية كل جلسة علاجية أن يحصل على التغذية الراجعة حيث يتكلم المعالج مع المريض عن مشاعره وردود أفعاله ، والمقاومات النفسية التي ظهرت خلال الجلسة، وحسب التغذية الراجعة يمكن أن يعدل المعالج طريقة العلاج.

٧- يجب تنبيه المريض إلى أهمية بقائه يقظا وواعيا خلال الاسترخاء، وبخاصة في أثناء ترخيم المعالج لصوته ليكون موحيا بالهدوء، فان بعض الحالات للنوم أثناء الاسترخاء هي وسيلة لتجنب الاسترخاء (للتوسع، الزراد ، ٢٠٠٥، ص ١٢١-١٢٦).

يتمثل منهج الاسترخاء في تعليم المرضى الاسترخاء والإيحاء الذاتي وتركيز الانتباه وتنمية الخيال، والقدرة على السيطرة على العمليات العقلية اللاإرادية بهدف رفع نشاط المريض. وهناك مرحلتان متميزتان للتدريب الذاتي على الاسترخاء:

المرحلة الأولى: التدريب على الاسترخاء والإحساس الذاتي بالوزن والحرارة والبرودة، مما يبين للمريض أنه قادر على تنظيم وظائفه الداخلية.

المرحلة الثانية: تحقيق الحالات التنويمية بمستوياتها المختلفة. وهناك ثلاثة عوامل هامة يجب ذكرها والتركيز عليها في أثناء التدريب على الاسترخاء كما ذكرها "بينتل" (Peatle) ،وهي تحدد مدى الاستفادة من

هذه التدريبات في مواجهة المشكلات الانفعالية التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع كالقلق وضغط الدم والضغط النفسي المختلفة، وهي :

١- **الدافعية:** بمعنى أن يوجد لدى الفرد دافعية واستعداد للحصول على الاسترخاء، وتعلم وسائل الاسترخاء وطرائقه، فكلما كان لدى الفرد رغبة وتقبل لهذا النوع من التدريب فإن النتائج تكون أفضل بالمقارنة مع شخص ليس لديه الدافعية والاستعداد لذلك النوع من التدريب مثل الأفراد الذين يعانون درجة مرتفعة من الاكتئاب النفسي.

٢- **الفهم:** يجب أن يفهم الفرد الأسباب التي دفعته للقيام بهذه التمارين ، والفائدة المرجوة منها ، والفلسفة التي تقوم عليها.

٣- **الالتزام:** يجب أن يلتزم الفرد بالاستمرار بممارسة التمارين ، ويجب أن يحدد الفترة الزمنية للقيام بهذه التمارين يومياً أو أسبوعياً وبشكل دوري ومستمر .

يبدو من هذا العرض أن الاسترخاء العضلي عبارة عن : توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر .

وثمة مجموعة من الشروط الواجب إتباعها لكل من يود ممارسة الاسترخاء العضلي ، وأهم هذه الشروط هي:

١- أن يقوم المرشد أو المعالج بتنبيه المفحوص أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه.

٢- أن يوضح للمتعالج أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة لمهارة لا تختلف عن أية مهارة سابقة يكون تعلمها في حياته مثل قيادة السيارة أو ركوب الدراجة .

٣- ينصح المرشد أو المعالج للمفحوص أو المريض أن تكون أفكاره كلها مركزة في لحظة ممارسة التدريب على العضو المراد التحكم به ، وذلك لتعميق الإحساس به.

٤- يوضح المرشد أو المعالج للمفحوص أو المريض أن استماعه بدقة لتعليمات المرشد ستساعده على زيادة قدرته على الاسترخاء. فإذا كان المفحوص من أولئك الذين يعانون من الصداع النصفي ذي المنشأ النفسي، فيمكن تدريبه على استرخاء عضلات مؤخرة الرقبة والجبهة. أما إذا كان يعاني من ضيق في التنفس فيمكن تدريبه على إرخاء عضلات الصدر والرقبة. والاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة ، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء جميع العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل :عدم الاستقرار الحركي، والتقلب المستمر، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي فإنّ من الثابت أيضاً أنّ إثارة التوتر العضلي تجعل الشخص متحفزاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات، فرسم الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلاً.

ومن الثابت أنّ الاضطرابات النفسية تحدث اضطرابات عضلية في أجهزة الجسم المختلفة، كما أنّه من الثابت أنّ هناك بعض الأشكال من الاضطرابات الانفعالية تزيد من استثارة بعض أعضاء الجسم دون غيرها. ويطلق العلماء على هذا النوع من بحوث التوتر اسم " نوعية التوترات " فعلى سبيل المثال هناك بعض الأفراد تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية (أي في بعض أجزاء الجسم) وليس في الجسم كلّهُ ،مثل عضلات الأطراف وعضلات الجبهة وعضلات الساقين. أما الأشخاص الذين

يعانون من الصداع النصفي ذي المنشأ النفسي فإن آلامهم تتمركز في عضلات الجبهة والرأس إلى ما هنالك من الاضطرابات العضلية المصاحبة للأمراض النفسية والانفعالية. (العاسمي، ٢٠٠٧، ص ١٧١).

- الكف بالنقيض:

إن الفكرة الأساسية التي يعتمد عليها هذا التكنيك أنه في حالة القلق أو الخوف كثيرا ما نجد المريض يعاني من اضطرابات تتعلق بمخاوف مقلقة، ويتكون لدى المريض شعور بالخوف نحو مثير معين وأساسي وإلى جانب هذا المثير نجده يخاف أو يقلق من بعض المثيرات الثانوية الأخرى المشابهة أو المرتبطة بشكل ما بالمثير.

وتتضمن طريقة الكف بالنقيض مبادئ نفسية أهمها:

١- التشخيص وهو أول خطوة لتحديد المرض ونوعه وتحديد الأسلوب المناسب للمشكلة لإضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة وإزالة الحساسية الانفعالية والتقليل منها وبالتالي يؤدي ذلك إلى انطفاء تدريجي لقوة الفعل المنعكس الشرطي وتكوين استجابة مضادة سوية. ويستخدم المعالج السلوكي في مرحلة التشخيص أساليب وفنيات علاجية تتفق مع طبيعة المشكلة كمعرفة تاريخ الحالة ومعرفة استجابة المريض لاختبارات القلق وغيرها.

٢- التحصين وهدفها تخليص المريض عن طريق الاسترخاء العضلي والفكري التام من الحساسية الانفعالية وإغائها تماما وذلك بتقديم المعالج سلسلة من المثيرات المتدرجة تبدأ بمثيرات ضعيفة ثم قوية حتى يألف المريض هذه المثيرات ويبدأ في تكوين استجابة مضادة بعد

أن يتمكن المريض من التخلص من السلوك غير المرغوب فيه والعودة إلى حالته الطبيعية التي تتسم بالاتزان والسواء.

٣- التطمين التدريجي ومعناه بث الطمأنينة في نفسية المريض بطريقة تدريجية وتشجيعية دائماً لمواجهة مواقف القلق والتوتر والخوف ومساعدته على تقليل الحساسية الانفعالية أو إلغائها تماماً بحيث يتم تحييد مشاعر المريض نحوها وبهذا التطمين التدريجي تزول الاستجابة المريضة وتبدأ استجابة معارضة للقلق في التكوين والبروز ومن المهم اقتران العلاج بالتعزيز لان اقتران التعزيز مع ظهور المثير وتكرار هذا الاقتران يساعد الشخص على التخلص من الحساسية الانفعالية ويبدأ في اكتساب استجابة جديدة مضادة ومرغوب بها بدلاً من الاستجابة المرضية التي أراد المعالج تخليص المريض منها (مدن، ٢٠٠٨، ص ١٨٦).

سابعاً: تقويم النظرية

الإيجابيات:

- التأكيد على العلاقة الوثيقة بين الفرد وبيئته.
- السلوك السوي والسلوك الشاذ عند الإنسان، هو سلوك متعلم خاضع للبيئة المحيطة. وفي هذا تأكيد على دور العملية التربوية في تعديل سلوك الأفراد من خلال المؤسسات التربوية المتعددة وخاصة الأسرة والمدرسة.
- مد الجسور بين النظرية السلوكية والإنسانية والمنحى المباشر الذاتي وذاك لمساعدة الأشخاص المرضى.
- ان الهدف الأساسي للإرشاد يكمن في مساعدة الناس على مصالحة الحياة بالشكل الأفضل.

- الدقة في تحديد التقنيات والأساليب الإرشادية المستخدمة في الإرشاد السلوكي.

- تزود طريقة الإرشاد السلوكي المسترشد بمعلومات قوية عن مستوى تقدمه وما يحققه من نجاح في العلاج.

- تعتبر النظرية السلوكية أن الإنسان ذو طبيعة محايدة من حيث الخير والشر، وأن هذا يخضع لظروف البيئة التي يعيش فيها الإنسان.

- تتيح للمسترشد الفرصة للتعامل مع الجوانب الذاتية للسلوك غير المتوافق.

- الاعتماد المطلق على الأبحاث التجريبية والمخبرية

- فعال جدا بخصوص علاج القلق والمخاوف والاضطرابات الجنسية وحالات الأرق والسمنة والإدمان الكحولي وبعض المشاكل الأخرى.

- انه اقل تكلفة وأسرع من أشكال الإرشاد الأخرى.

- تعطي المرشد فرصة النقل من موقف الإرشاد إلى موقف الحياة.

- تعطي طريقة الإرشاد السلوكي للمرشد دورا واضح المعالم.

- تمد المرشد بمستوى عال من الثقة بالنفس.

- تشجع المرشد على أن ينتبه للتلميحات غير اللفظية من جانب المسترشد.

- تزود المرشد بقاعدة واضحة لفهم سلوك المسترشد بعد الإرشاد، وبالتالي

تزيد من مستوى ثقته في المرات التالية إذا واجه الأعراض نفسها.

السلبيات:

• لا يأخذ ماضي الفرد بالاعتبار.

• يفتقر إلى تحديد واضح للأهداف.

- اختزال الإنسان إلى ما يشبه الآلة، وبالتالي التقليل من فرص الابتكارية أمام المسترشد.
- قد تمهد هذه الطريقة لحدوث إشراف تفتيري عند المسترشد.
- قد تكون هناك فرص بأن يتأثر المرشد بإشراف تفتيري من الإرشاد السلوكي نفسه.
- تشجع طريقة الإرشاد السلوكي المسترشد على أن ينظر لمشكلاته من الخارج.
- تعالج الأعراض الاضطرابية بطريقة بسيطة تهمل انعكاساتها والمشاكل الكامنة وراءها.
- إن إعطاء المرشد الدور الكبير في عملية العلاج يعرض المعالج غير المتمرس لتقديم نماذج وأساليب خاطئة.
- تركيزه على السلوك الإنساني الملحوظ وإغفاله للأفكار والمشاعر والتي تشكل جزءاً هاماً من الشخصية.
- يمكن استخدام مبادئ الاشراف في مظاهر معينة محدودة للسلوك الإنساني، أو في السلوك الإنساني في مواقف يكون فيها الفرد ممنوعاً أن يسلك بأي طريقة أخرى إلا أن هذه المبادئ غير ملائمة لتوضيح الكم الهائل من السلوك الإنساني. (باترسون، ١٩٩٠، ٥٢٣).
- إن علاج الأعراض فقط قد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى لأن البيئة الداخلية لم تتغير.
- أنه يقلل دور العلاقة العلاجية ويتجاهل قيمة فهم الذات في عملية التغيير.

- إن كثيراً من نظريات التعلم بنت مفاهيمها وقواعدها على أساس من تجارب على الحيوانات في المختبر، ولا شك أن التعميم المباشر للإنسان أمر يحتاج إلى وقفة لأن الإنسان مخلوق له خصوصيته.
- النظرة للسلوك الإنساني على أنه نتاج البيئة وليس للفرد دور في هذا السلوك لا يتفق مع كون الإنسان مسؤول عن سلوكه.
- إهمال جوانب أساسية من حياة الإنسان النفسية وفي مقدمتها الجوانب المعرفية والانفعالية.

ثامناً: بعض التطبيقات للنظرية:

حضرت المريضة (س) مع والدتها إلى العيادة الخارجية للطب النفسي في المشفى محولة من الصحة المدرسية وهي طالبة في المرحلة الثانوية، وافدة، تبلغ من العمر تسعة عشر عاماً. وزنها (٧١ كغ)، وذلك بسبب خوفها من التصوير بالرنين المغناطيسي.

تعاني المريضة من بعض التشنجات ومن حالة صداع حادة، لم تكشف التحاليل الطبية والتصوير الطبقي المحوري والرسم الكهربائي للمخ عن وجود خلل أو اضطراب. وكان أهلها أحضروها إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي ثلاث مرات، وفي كل مرة كانت تصاب بالخوف والفرع إلى درجة أن محاولات الممرضة والأهل فشلت في إقناع المريضة ببساطة وضرورة إجراء هذه الصورة.

لاحظ أهل المريضة وكذلك الممرضة أن حالة المريضة ليست عادية وأنها تبالغ بأعراض الخوف والتوتر إلى درجة الانهيار عندما يتم الإلحاح عليها لإجراء الصورة، ولم تفلح كل وسائل التشجيع والإقناع. وتبين من مقابلة المريضة ودراسة تاريخ حالتها وسمات شخصيتها قبل (المرض) أن القدرات

العقلية للمريضة عادية، وكلامها واضح، وأفكارها مترابطة، وحالتها المزاجية أكثر ميلا إلى الحزن والاكتئاب مع شئ من النرفزة والعصبية. وأنها من النوع الخجول الحساس المنطوي الذي يشعر بالضعف ويستثار بسرعة، تميل إلى كبت مشاعرها، أنشطتها محدودة وصادقاتها قليلة، مستواها الدراسي دون المتوسط، غير راضية عن نفسها بشكل عام، علاقاتها مع والدتها وأفراد أسرتها ليست على ما يرام، لم تطبق على المريضة أي اختبارات نفسية نظرا لضيق الوقت وعدم تعاون المريضة.

أراد الاختصاصي النفسي مقابلة المريضة لمدة ساعة واحدة بهدف جمع المعلومات عن حالتها تمهيدا لوضع الخطة لعملية علاج مكثفة لا تزيد عن أسبوع واحد، وتبين من خلال المقابلة الأولى أن الأم وبسبب توجيهاتها وحمایتها الزائدة لأولادها أسهمت بشكل غير مباشر في تنمية الخوف من الأماكن المغلقة وغير المضاءة بشكل كاف، والخوف من اعتداء الآخرين.

كما تبين أن المريضة عندما كانت طفلة في عمر ١١ سنة ذهبت لشراء بعض الحاجات المدرسية من إحدى المكتبات، وكان ذلك مساء، وعندما دخلت المكتبة وطلبت ما يلزمها، طلب منها صاحب المكتبة أن تدخل إلى القسم الداخلي لتختار ما تريد، وكان هذا القسم ضيقا والإضاءة خافتة، وبعد أن دخلت بدقائق فوجئت بالبائع يقترب منها ويحاول الاعتداء عليها، ولكن بسبب صراخها ومقاومتها استطاعت الفرار من المكتبة وهي في حالة رعب شديد، وعادت إلى المنزل وهي تكبت مشاعرها خشية أن تلقى العقوبة من الأسرة وخصوصا الوالدة.

لقد بقي كل شيء مكبوتا لديها حتى الشعور بالخوف، ولكن صورة الموقف بشكل عام بقيت تلاحقها دون أن تستطيع التخلص من هذه الصورة. وتدرجيا أصبحت تخاف من كل مكان ضيق ومن الوحدة، وهي تدرك غرابة

مخاوفها، إلا أنها تقول أنها لا تستطيع السيطرة على مخاوفها بل أصبحت تخاف من معظم الأماكن المغلقة التي تشبه إلى حد ما الموقف الذي مرت به (عملية تعميم). وحسب المدرسة السلوكية فإن المريضة قد اكتسبت الخوف من الأماكن المغلقة عن طريق الاشراف وأصبحت تخاف من بعض المواقف المشابهة للمواقف السابقة جزئيا أو كليا. وهنا فإن الخوف من الدخول في حجرة التصوير يبعث لديها وبشكل لا شعوري أو شعوري صورة الموقف المؤلم السابق، وقام الأخصائي النفسي بتحديد الأفكار الخاطئة والتصورات الذهنية السائدة لدى المريضة عن عملية التصوير بالرنين المغناطيسي للعمل على تصحيحها في إطار علاج نفسي سلوكي متداخل مع المعرفي واستخلص الأفكار التالية للمريضة:

- ١- إنني أتصور حجرة التصوير وجهاز التصوير بالرنين المغناطيسي حيث يجلس المريض على طاولة مريحة بعد تغيير ملابسه، ثم يوضع جهاز حول العضو المطلوب تصويره، بعدها تتحرك الطاولة نحو داخل الجهاز الذي يكون على شكل أنبوب طويل وعلى المريض ألا يتحرك، ويمسك بيده جهازا صغيرا للخروج من الجهاز عند الضرورة، والجهاز يصدر اصواتا مرتفعة، لذلك يعطى المريض سدادات للأذن وكأنه قبر أو تابوت يدخل إليه المريض.
- ٢- أخاف من الدخول في حجرة التصوير من الاختناق أو الموت.
- ٣- إذا حدث لي مشكلة أو مكروه داخل الحجرة لا احد يسمعي أو يساعدني.
- ٤- اشعر أن حجرة التصوير ضيقة ولا يوجد مكان للتنفس أو الحركة.

٥- أخاف من الأصوات المزعجة التي يصدرها الجهاز في الداخل (لان الممرضة قالت لي أنها ستضع سدادات في الأذن لتفادي هذه الأصوات).

٦- أتصور أن الساحة المغناطيسية في الداخل ستجذبني بشدة ولا أستطيع بعدها الفكاك أو طلب المساعدة (وكانت المريضة شاهدت صورة حقيقية معلقة عند المدخل الخارجي لجهاز التصوير تشير إلى أن في إمكان الجهاز وبسبب شدة المغناطيس النقاط أو جذب كرسي معدني وضع خارج الجهاز).

ويلاحظ أن المريضة لم تذكر إلا بعض الأفكار المتعلقة بتصورات سلبية تعزز الخوف لديها ونسيت تماما مرضها وفوائد التصوير بالرنين المغناطيسي وهذا ما سيركز عليه المعالج في عملية العلاج النفسي المعرفي ودحض هذه الأفكار السلبية. وفي ضوء حالة المريضة والبيانات العامة حولها وبالتعاون مع قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى وضعت خطة علاج تضمنت إجراء مجموعة جلسات علاجية نفسية مكثفة تتم خلال أسبوع واحد ، وبمعدل جلسة واحدة يوميا (١٢,٥-٢,٥) ظهرا، وتتم هذه الجلسة في مستشفى الطب النفسي، يتم نقل المريضة إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى حيث لا يوجد مرضى عادة في هذا الوقت عدا ممرضة القسم وبعض المسؤولين الفنيين للمساعدة) ووضعت الخطة التالية للعلاج:

١- العلاج الدوائي بمضادات الخوف والقلق والتوتر (وذلك إذا فشلت محاولات العلاج النفسي التالية) ويكون ذلك تحت إشراف طبي وقبل مدة ساعة إلى ساعة ونصف من إجراء التدريب على الجهاز مباشرة. وقد استبعد العلاج الدوائي في هذه الحالة لان المريضة استجابت إلى العلاج النفسي.

٢- العلاج النفسي الاستبصاري لجعل المريضة تفهم حالتها المرضية وأبعاد المشكلة التي تعاني منها بما في ذلك الخوف من عملية التصوير، وكذلك فوائد هذه العملية وأهميتها والعمل على حث المريضة وتشجيعها.

٣- علاج نفسي سلوكي - معرفي لمناقشة الأفكار السابقة غير المنطقية والتخلص منها أو استبدالها بأفكار ايجابية تعزز عملية التصوير.

٤- التدريب على الاسترخاء (القصور) وإجراء عملية التحصين المنظم التصوري والواقعي.

٥- العلاج بالنمذجة ، حيث تتم مشاهدة طفلة مريضة تقوم بالإجراء نفسه دون خوف أو توتر.

العلاج النفسي الاستبصاري:

تطرق المعالج إلى بعض الاتجاهات المعاصرة في التحليل النفسي والتي تهدف إلى زيادة قدرة المريضة على فهم أفكارها ومشاعرها وسلوكياتها والعلاقة بينهما وبالتالي الوصول إلى بعض المعاني المجهولة لدى المريضة، وزيادة وعيها بالمؤثرات البيئية والعلاقات الشخصية والعوامل النفسية الداخلية التي تخلق مثل هذه المخاوف ومن أجل تكوين أفكار واقعية عن مشكلاتها وذاتها وعن الآخرين. فتصبح المريضة مسيطرة على حالتها ومساهمة في علاجها.

وبالتالي هذا الشكل من العلاج يجعل المريضة تعرف كيف تنظر إلى نفسها وإلى مشكلتها بشكل صحيح دون مبالغة أو تضخيم.

شعرت المريضة باهتمام المعالج النفسي وبتقبله لها ولمشكلاتها، وبالاستماع إليها ومساعدتها على تخطي مشكلاتها (ليست فقط مشكلة التصوير بالرنين المغناطيسي فقط بل المشكلات النفسية والأسرية الأخرى) وجعلها

تعبّر عن مشاعرها وأفكارها بحرية تامة تلقائية (تتفيس عن المشاعر) وهذا ما زاد من مشاعر الثقة والطمأنينة لدى المريضة وخاصة عندما علمت أن من مبادئ الطب النفسي أو العلاج النفسي الحفاظ على سرية المعلومات وخصوصية المريض وفي الوقت نفسه إتاحة الفرصة للمريض أن يعبر عن مكبوتاته و أفكاره دون خوف أو حرج أو نقد. وفي ضوء العلاج الاستبصاري دار الحديث بين المعالج (الاختصاصي النفسي) والمريضة على النحو التالي:

المعالج : هل ترين أن فتاة مثلك على مستوى من الوعي والذكاء تحاف من صورة الرنين المغناطيسي ؟ هل هذا أمر عادي أو طبيعي أو منطقي يقبله المنطق والناس ؟

المريضة: طبعاً لا، إنني اعلم أن هذا الخوف ليس أمراً عادياً وغير منطقي ولكنني مع ذلك اشعر بالتوتر والخوف الشديد والرفض أو التجنب دون أن استطيع مقاومة ذلك.

المعالج: هل مصدر خوفك هذا جهاز التصوير، أو غرفة التصوير، أم أن مصدر خوفك هو أمر آخر أريد أن اعرف ما هو الشيء الذي يخيفك بالتحديد؟ المريضة: أنني اشعر بالخوف من أن أتعرض إلى اختناق، أو ضيق تنفس أو الموت. أشعر بالرعب وبتسارع ضربات قلبي لمجرد تصور دخولي غرفة التصوير.

المعالج: هل ترين ما يحدث لك من خوف يحدث للعديد من الفتيات في مثل عمرك، أم إن ذلك حالة خاصة بك ؟ وأنت تعلمين أن هناك فتيات مثلك قمن بعملية التصوير وبكل بساطة ودون أي خوف أو توتر (تمت من اهدة ذلك خلال الزيارات السابقة لمكان التصوير).

المريضة: طبعاً لا ... إن ما يحدث لي لم يحدث للأخريات. لقد شاهدت حالات كثيرة في حجرة التصوير، حتى الأطفال الصغار يشافون ولكنني يا

دكتور لا اعلم ما هو السبب في حالتي، لا أجد مبررا لها، وقد فشلت مرات عدة في تجاوز هذه المخاوف.

المعالج: إذا يمكننا القول أن الجهاز (جهاز التصوير) وغرفة التصوير والمكان بشكل عام وعملية التصوير ليست هي مصدر الخوف، وإنما هناك سبب آخر في نفسيتك أو تفكيرك يجعلك تخافين من ذلك.

المريضة: أعتقد ذلك، ربما يكون التوتر والقلق الذي ينتابني، وخوفي من الموت أو من أن يحدث لي حادث وأنا وحيدة داخل حجرة التصوير ولا يوجد من يساعدي أو يدري بحالتي هو السبب وراء ذلك، كما قد تكون الضغوط النفسية والمشكلات الأسرية هي سبب ذلك، وبشكل عام لا أستطيع تحديد سبب مشكلتي!

المعالج: لكن بإمكانك القول أن السبب يرجع إليك، وفي داخل نفسيتك وليس من الجهاز أو من عملية التصوير هو السبب وراء خوفك، هل هذا صحيح؟ المريضة: أعتقد ذلك.

المعالج: هل تعتقدين أيضا بأن سبب مشكلتك يعود للحسد أو السحر، وهذا أدى إلى تكبيل إرادتك وجلب إليك هذه المخاوف والتوترات؟ المريضة: أنا إنسانة مؤمنة بالله وهذا يدفع عني الحسد والشر باذن الله.

المعالج: مرة أخرى نجد أن لا مبرر خارجيا لهذا الخوف، ونفهم من ذلك أن السبب غالبا ما يكون داخليا أي يرجع إليك أنت والى تفكيرك، وما ينتابك من صور عقلية وتفسيرات خاطئة حول عملية التصوير.

المريضة: نعم لقد ذكرت لك الأفكار التي تنتابني وخوفي من الإيذاء أو الموت.

المعالج: أريدك أن تكوني على قناعة بذلك، لقد حققت تقدما في فهمك لمصدر المشكلة التي تعاني منها، من ناحية أخرى علينا أن نفهم المشكلة إذا كانت

نابعة من داخلك فان العلاج لا بد وأن يعتمد على جهدك ومساعدتك، ما رأيك بذلك؟

المریضة: صحیح وأنا سأضع كل جهدي في علاج حالتي وبمساعدتك يا دكتور .

المعالج: نعم هذا ما سيحدث بالضبط عند تطبيق خطة العلاج، ولكن قبل البدء بذلك على المريضة أن تعي جيدا أن حالة الخوف والقلق والتوتر الشديد من شأنها أن تثبط إرادة المريضة وقدراتها الفكرية والنفسية على مواجهة الموقف وتجعلها تشعر بالضعف والحزن والكآبة وعدم الاهتمام. كما أن الأفكار والمشاعر النفسية السلبية غالبا ما تؤدي إلى إعاقة عملية العلاج، ولأن هذه العملية تحتاج إلى وعي وإرادة واستبصار، وهذا ما أتوقعه منك، وإن قدرتك على مواجهة الموقف دليل على وجود إرادة ووعي وتفكير سليم.

المریضة: هذا صحیح وسأعمل على مساعدة نفسي قدر الإمكان.

المعالج: إذا علينا أن نفكر تفكيرا منطقيا وأن نصحح بعض أفكارنا الخاطئة حول عملية التصوير بالرنين المغناطيسي، وأن نبدأ بالحديث عن فوائده، وإن تصحيح هذه الأفكار سوف يؤدي إلى تصحيح مشاعرك وأحاسيسك وهذا بدوره يؤدي إلى تصحيح سلوك الخوف لديك.

المعالج (يتابع): لقد ذكرت سابقا بعض تصوراتك الفكرية عن جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي، وسنرى أن معظم هذه التصورات خاطئة من الناحية الواقعية، وقد أدت حالة الخوف والقلق لديك من تشويه هذه الأفكار وإبعادها عن الواقع، وعلينا أن نذكر أن الجهاز صمم بشكل آمن للمريض بنسبة مئة في المئة، ولا يصيب المريض بأي أذى أو خطر. ثم إن عملية التصوير بالرنين المغناطيسي مفيدة ودقيقة في تشخيص الأمراض الجسمية، وهي لا تستخدم الأشعة التي قد يكون لها مضاعفات أحيانا. ويوجد في داخله جهاز

تهوية وإضاءة ومرآة عاكسة تعكس صورة المريض إلى جهاز غرفة الحاسوب، بالإضافة إلى وجود جهاز صغير على شكل كرة مطاطية يقبض عليه المريض ويضغط عليه عند الحاجة فيخرج خارج الجهاز مباشرة. ثم أن فترة التصوير قصيرة، وما على المريض إلا التظاهر بالنوم أو الاسترخاء فقط، وهناك أطفال ونساء ومسنون يقومون بإجراء هذه الصورة بسهولة ويسر. وسنشاهد معا في زيارتنا القادمة إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي أجزاء الجهاز، وكذلك يمكننا سؤال بعض المرضى الذين قاموا بإجراء هذه الصورة عن خبرتهم وانطباعاتهم علما أن بعض المرضى يكررون إجراء مثل هذه الصورة. كما أن بعض الأطباء يؤكدون عليها لفائدتها وأهميتها في عملية التشخيص والعلاج. ويوجد وسطيا حوالي عشرة مرضى يقومون بعملية التصوير هذه يوميا. إذا لا مبرر للخوف أو التفكير بالاختناق أو الاعتقاد بأن لا احد يسمعي أو يساعدني. وأن المريض يبقى على حالة اتصال مستمرة مع الممرضين والعاملين الفنيين أثناء عملية التصوير، ولو احتاج المريض لأي شيء فإن في إمكانه الاتصال مع العاملين باستخدام الجهاز (المنبه) الصغير للخروج من حجرة التصوير متى أراد. ونستخلص من ذلك أن لا وجه للمقارنة بين القبر أو التابوت وبين جهاز التصوير وأن أفكارك الخاطئة هي التي كانت تعزز عملية الخوف والتي سنستبدلها بمساعدتك بأفكار ايجابية تعتمد على أسس عملية تدفعك نحو قبول عملية التصوير.

المریضة: إنني لا اعرف ذلك وكل تصوري أن المكان مخيف، وضيق ويحتسب فيه المريض دون أن يساعده احد.
المعالج: سنرى في زيارتنا جهاز التصوير ومواصفات السلامة كما هي في الواقع.

قرر المعالج وبصحبة المريضة زيارة قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى مباشرة بعد هذه الجلسة العلاجية لمشاهدة جهاز التصوير وسماع بعض الشروح المفيدة حوله (من قبل ممرضة القسم). وتم ذلك فعلا مما أدى إلى تعديل بعض أفكار المريضة وتصوراتها الخاطئة عن عملية التصوير واستبدالها بتصورات واقعية ايجابية صحيحة تدحض الأفكار السابقة وتعزز لدى المريضة الدافعية للقيام بعملية التصوير.

ثم قام المعالج بتدريب المريضة على الاسترخاء باستخدام طريقة التخيل الموجه وتوليد الافكار وقد وضّح المعالج للمريضة أن هناك طرقا بسيطة تفيد في اضعاف حالة الخوف والتوتر أو القلق الذي يصاحب مواقف الشدة النفسية، وهذه الطرق مستمدة من تجارب ودراسات علمية عديدة مثل طريقة التأمل واليوغا والاسترخاء. ومن أهم الطرق الاسترخاء العضلي الذي يصحبه خفض لشدة الخوف والقلق، هذا بالإضافة إلى وجود نصائح علمية عامة تفيد في هذا المجال وهي سهلة التطبيق.

قام المعالج بشرح طريقة الاسترخاء وفوائدها، والبدء بعملية التدريب باستخدام كرسي الاسترخاء، وإغماض العينين واستخدام طريقة التنفس، وتصور الأرقام (من ١-٥)، وإعطاء التعليمات للجسم بدءاً من فروة الرأس وحتى أصابع القدمين. وتدرّبت المريضة يومياً على الاسترخاء مع إجراء تدريبات في المنزل بمعدل (٢-٣) مرات يومياً، مع الاستعانة بكاسيت سجلت عليه تعليمات الاسترخاء، واكتسبت المريضة مهارات الاسترخاء والسيطرة على عضلات الجسم وتحقيق مشاعر الهدوء والسكينة والحفاظ على طاقة الجسم وتعميق الاسترخاء قدر الإمكان. بعدها طلب المعالج من المريضة وهي في وضع الاسترخاء أن تتخيل بعض المشاهد: على أن تعطي المريضة إشارة بسبابة يدها اليمنى عند استحضار المشهد في ذهنها، وعندما لا يكون هناك

شعور بالخوف أو التوتر، وكذلك إعطاء إشارة بسبابة يدها اليسرى إذا وجدت صعوبة في استحضار المشهد أو شعرت بالخوف والتوتر.

المشهد الأول: المريضة في طريقها إلى المشفى وباتجاه قسم التصوير بالرنين المغناطيسي وهي بصحبة المعالج، وتبقى المريضة على المشهد ثلاثين ثانية، ثم تستريح خمس ثوان، ويكرر المشهد مرات عدة (نحو ٥-٦) مرات حتى تألف المريضة المشهد دون أي خوف.

المشهد الثاني: المريضة تدخل قسم التصوير بالرنين المغناطيسي بصحبة المعالج (كانت المريضة قد تعرفت إلى هذا القسم سابقاً). تقف أمام جهاز التصوير وتنتظر إليه وإلى جانبها مريضة يتم تحضيرها من قبل وهي بحالة راحة واسترخاء. ويتكرر المشهد مرات عدة (٥-٦) مرات، ومدة المشهد نحو ثلاثين ثانية، مع استراحة وسطياً في حدود (٥) ثوان.

المشهد الثالث: المريضة والمعالج داخل قسم التصوير، وهي تشاهد مريضة مستلقية على طاولة الجهاز بعد أن ارتدت ثياب المستشفى ذات اللون الأخضر، وقامت الممرضة بتثبيت أطرافها السفلية ثم أدخلت المريضة داخل الجهاز وهي في حالة هدوء واسترخاء. وبعد مضي دقائق (بعد انتهاء إجراءات التصوير) خرجت المريضة بشكل عادي وقامت بارتداء ملابسها والخروج خارج قسم التصوير، وكرر المشهد أيضاً مرات عدة مع مراعاة الزمن.

لقد كان المعالج في كل مشهد من المشاهد يلاحظ ردود فعل المريضة وقدرتها على استحضار هذه المشاهد في ذهنها مع الحفاظ على الهدوء واسترخاء الجسم. وبهذا الشكل تدربت المريضة على عملية التحصين المنظم التصوري كخطوة تسبق إجراءات التصوير الواقعية. كما قام المعالج بتدريب المريضة على مشاهدة نموذج لعملية التصوير داخل قسم التصوير (العلاج بالنمذجة)، وهذه التدريبات كلها بالإضافة إلى عملية التشجيع وشحن إرادة

المريضة على أن تذهب في الموعد المحدد لها وبصحبة أهلها والمعالج إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي وحضور إجراءات التصوير. وقامت المريضة بتنفيذ عملية الاسترخاء وإغماض العينين عندما دخلت في أنبوب الجهاز وتمت عملية التصوير بشكل طبيعي، علماً أن المريضة استغرقت عملية التصوير لديها نحو (٣٥) دقيقة، وشعرت المريضة بعد انتهاء عملية التصوير بثقة بنفسها وإحساسها بالنجاح وتخلصت من مخاوفها. وتابعت المريضة إجراء جلسات تدعيمية لمواجهة مثل هذه المواقف (الخوف من الأماكن المغلقة) في الحياة العادية (يمكن التوسع في تقنية الاسترخاء من الزراد، ٢٠٠٥، ص ٢٦٤-٢٧٧).

الفصل الثالث

نظرية الإرشاد المعرفي

Cognitive Counselling

- ١- مدخل
- ٢- مصادر النظرية ومفاهيمها
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- عملية الإرشاد المعرفي
- ٥- النظرة للاضطراب النفسي
- ٦- بعض تقنيات الإرشاد المعرفي
- ٧- تقويم النظرية
- ٨- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

يعد آرون بيك (Beck) من أبرز رواد الإرشاد المعرفي، وقد حصل على درجة الدكتوراه في الطب عام ١٩٤٦ من جامعة ييل (Yale) الأمريكية، وتم منحه شهادة الطب النفسي من الهيئة الأمريكية للطب النفسي والعصبي عام ١٩٥٣. وقد أسس بيك العلاج المعرفي كطبيب نفسي في جامعة بنسلفانيا، وعمل مع مرضى الاكتئاب ووجد أنهم يعانون من أفكار سلبية يبدو أنها تظهر تلقائياً وأطلق عليها مصطلح الأفكار الاتوماتيكية، واكتشف أن محتواها ينقسم إلى ثلاث فئات من الأفكار السلبية عن أنفسهم والعالم والمستقبل. وبدأ بمساعدة المرضى بتحديد وتقييم هذه الأفكار ووجد أنه بالقيام بذلك تمكن المرضى من التفكير بصورة أكثر واقعية مما دفعهم إلى الشعور بعاطفة أفضل والتصرف بفاعلية أكبر.

لقد بحث بيك وزملاؤه فعالية هذا الشكل من العلاج النفسي في معالجة طائفة واسعة من الاضطرابات منها: الاكتئاب، والاضطراب الوجداني الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات، واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية والفصام وكثير من المشاكل الطبية التي تحوي مكونات نفسية.

يقوم الإرشاد المعرفي على حقيقة مؤداها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعاني وافتراضات عن الذات وعن الآخرين وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته وتشكل في جملتها الفلسفة الأساسية للفرد في الحياة. وأن المشكلات والصعوبات النفسية (قلق - اكتئاب) في الحياة تحدث عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة. ومن هنا يسعى المرشد المعرفي إلى مساعدة المريض على أن يصبح

أكثر وعياً بأنماط التفكير التلقائية السلبية والخاطئة لديه، وبوجه خاص فهو يساعد المريض في التعرف على أفكاره السلبية وتغييرها واستبدالها بأفكار واعتقادات أكثر منطقية وتوافقية. ويعرف الإرشاد المعرفي بأنه إرشاد مباشر تستخدم فيه فنيات معرفية لمساعدة المريض في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. ويرى حسين أنه يمكن تعريف (الإرشاد) العلاج المعرفي بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق- الاكتئاب- المخاوف المرضية- مشكلات الألم (حسين، ٢٠٠٧، ص ١٥٧).

وبعد الإرشاد المعرفي منهجاً تفسيرياً علاجياً للاضطرابات الانفعالية يقوم على فكرة أن التصورات والمعتقدات والأفكار السلبية تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية. بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعالياً وجسدياً ليس بسبب الأشياء والأحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظريته وتفسيره لها تفسيراً سلبياً. كما يعد الإرشاد المعرفي نموذجاً محدد البناء من حيث الوقت والأهداف فهو علاج قصير الزمن يستخدم بفعالية مشتركة بين المعالج والمريض، فالتشوهات المعرفية والأفكار السلبية التي تسيطر على مجمل تفكير المرء تسمى مخططات تتطور وتنمو من خلال الخبرات المبكرة في حياة الفرد. ويؤكد منحى العلاج المعرفي على أهمية العمليات المعرفية في تحديد السلوك الإنساني وتشكيله. فالمرشدون المعرفيون يجمعون على أن السلوك والانفعال هما نتاج تقييم المرء للأحداث والمواقف وللعالم ولذاته. وهذا التقييم يتأثر بمعتقداته وافتراضاته والصور المختلفة لديه، وهذه العمليات المعرفية وفقاً لهذا الاتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية الإرشادية.

ويستخدم الإرشاد المعرفي بفعالية مع اضطرابات الهلع واضطرابات الشدة ما بعد الصدمة ومشكلات الزواج والقلق واضطرابات الشخصية وغيرها. كما أن الاكتئاب يمكن أن ينخفض بدرجة كبيرة في فترة زمنية قصيرة نسبياً دون تعاطي الأدوية الطبية باستخدام هذا المنحنى الإرشادي. حيث يعتبر الإرشاد المعرفي من بين الإرشادات المعترف بها بشكل واسع كأحد الخيارات المطروحة لعلاج الاكتئاب الشديد. وقد انتهت دراسات عديدة إلى أنه فعال مثله مثل الأدوية بالنسبة لمعظم المرضى بل أنه يتفوق على الأدوية في منع الانتكاس. وبالرغم من ذلك لا يستجيب كل المرضى المكتئبين للعلاج المعرفي، فمن المعروف أن المرضى باضطرابات الشخصية على وجه الخصوص ذوو استجابة ضعيفة لكل صور العلاج بما فيها الأدوية، ويبدو هؤلاء المرضى غالباً متشبثين بالسلوكيات والمعتقدات غير الفعالة (المختلفة) حتى عندما تكون تبعات هذه السلوكيات واضحة لهم. (يوسف، ٢٠٠٦ ، ص٥٢٩).

يرفض الإرشاد المعرفي ما تتادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور هو مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تتادي به المدرسة السلوكية بما تعطيه للسلوك من أهمية. ويقوم الإرشاد المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر به الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وآرائهم ومثلهم إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. وفي أثناء رحلة الحياة يكتسب الناس مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم للتعامل مع المشكلات النفسية التي تصادفهم في حياتهم، ويتعلم الناس من خلال إرثهم الثقافي ومن خلال التعليم أن يستخدموا الحس العام وأن يصوغوا الفروض ويختبرونها.

ويساعد الإرشاد المعرفي المرضى على أن يستخدموا طرق حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، حيث يرى بيك: أن وصفات العلاج يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي، وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لحياته. وأن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي العقلي الداخلي، وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية. (شيلي، ١٩٩٦، ص ٤٤).

ثانياً: مصادر النظرية ومفاهيمها

إن الإرشاد المعرفي هو أحد الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي، وأفكاره مستقاة من علم النفس المعرفي، وكلمة معرفي هي نسبة إلى كلمة معرفة أو إدراك، والمقصود بكلمة معرفة أو إدراك في هذا السياق إنما تعني عدداً من العمليات الذهنية التي يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجي، وأيضاً الداخلي له. فهذا النوع من الإرشاد يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية - وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة - مسؤولاً في المقام الأول عن نشأة الأمراض النفسية.

لقد اهتم بيك بمجال التحليل النفسي، ولكنه لم يكن راضياً عن التعقيدات الكثيرة لهذه المدرسة، كما جذبه العلاج السلوكي حيث درس هذا العلاج ومارسه، وقد شعر أن للأساليب السلوكية فاعلية لأنها تؤدي إلى تغيرات معرفية في المرضى. ولكن تركيز العلاج السلوكي في الحصول على بيانات موضوعية من المرضى والتخطيط المنتظم لعملية العلاج كانت كلها ذات أهمية لبيك في تطوير العلاج المعرفي. فقد أحس بيك أن النموذج المعرفي يقدم

تفسيراً أبسط وأقرب لمشكلات المرضى عما تفعله نظرية التحليل النفسي أو نظرية العلاج السلوكي. (الشرقاوي، ١٩٩٢، ص ٢٢). ومع ذلك فإن هذه النظرية ترفض التحليل النفسي الذي يعتبر اللاشعور المصدر الوحيد للاضطراب الانفعالي، والعلاج السلوكي الذي يهتم فقط بالسلوك الظاهري، كما ترفض هذه النظرية الأسلوب الطبي العصبي الذي يعتبر الاضطرابات البدنية والكيميائية السبب في الاضطرابات الانفعالية. "فالعلاج المعرفي مبني على فكرة عقلانية تعني ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وتصوراتهم ومثلهم مفيد وهام". (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٨).

يؤكد المرشدون المعرفيون بصفة عامة على السلوكيات والأفكار الحاضرة والمعالجة الفورية للمعلومات. وبالرغم من ذلك يحاول الإرشاد عدم إغفال مبادئ المريض وقيمه التي تهتئ للاكتئاب والقلق والغضب. ومن المهم أن يعرف المعالج بأن لدى كل فرد قواعده وافتراضاته الخاصة به. وإن المعالج المعرفي الخبير المتمرس لن يقترب من أي مريض بنفس الذخيرة من الحيل، فالمعالج يحاول تطوير تصور عن الحالة آخذاً بعين الاعتبار مخططات المريض المعرفية الذاتية وأساليب المواجهة (التوافق) مع الواقع التفاعلي. (يوسف، ٢٠٠٦، ص ٣٠٠).

يمكن تحديد أهم الافتراضات الأساسية التي يستند إليها الإرشاد المعرفي بما يلي:

- ١- الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلفة وظيفياً، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.

- ٢- هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها بعضاً، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معاً.
- ٣- إن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
- ٤- إن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفياً.
- ٥- إن المعارف المختلة وظيفياً قد تبدو غير منطقية للآخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
- ٦- التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- ٧- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوباً هاماً لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- ٨- التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- ٩- المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذاكرات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- ١٠- إن المخططات غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.

١١- إن المخططات المعرفية المختلفة وظيفياً هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.

١٢- إن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (حسين، ٢٠٠٧، ص ١٦٤)

ثالثاً: أهداف النظرية

يرى بيك أن الهدف من الإرشاد المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، ويركز الإرشاد المعرفي على حل المشكلات (شبلي، ١٩٩٦، ص ٧٠). ويرى باترسون أن هذا العلاج يركز على مساعدة المريض على التخلص من البقع المظلمة، ومن الإدراك العشوائي، ومن خداع الذات، ومن الأحكام غير الصحيحة. ولما كانت ردود الأفعال الانفعالية التي تؤدي بالمريض إلى طلب العلاج نتيجة للتفكير الخاطئ، فإنه يمكن تهدئتها بتصحيح التفكير. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٦).

ونحاول توضيح ما تقدم من خلال تحديد أهداف الإرشاد المعرفي في أهم ما يلي:

- التعرف على الأفكار المختلفة وظيفياً والمرتبطة بمشكلة المريض.
- مساعدة المرضى على تغيير المخططات الكامنة والمختلفة وظيفياً لديهم.
- التعرف على العلاقة بين المعارف والانفعالات والسلوكيات وفحص الدليل مع أو ضد الاعتقادات والأفكار التلقائية السلبية لدى المريض.
- تشجيع المريض على مقاومة الأفكار والاعتقادات الخاطئة ودحضها وتكوين اعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية.

- مساعدة المريض على رؤية الحياة والمشكلات لديه من منظور واقعي والمساهمة في حلها.

- تشجيع المريض على التفكير المنطقي والدقيق والصحيح واستبدال الينبعيات لدى الفرد بالتفضيلات وتكوين فلسفة سوية في الحياة.

- مساعدة المرضى على استكشاف أنماط الاعتقادات الكامنة لديهم والتي تؤدي إلى التفكير السلبي وغير السوي، ومن ثم يتيح للمرضى استكشاف أفكارهم واستبدالها بأفكار مفيدة وواقعية لكي يمكنهم من إدارة الانفعالات لديهم بفاعلية.

- مساعدة المرضى على إزالة الأفكار السلبية التي تسبب لهم الصعوبات واستبدالها بأفكار واعتقادات واقعية ومنطقية تساعد على التحكم بانفعالاتهم وسلوكياتهم.

- مساعدة المرضى على إدراك أفكارهم الأتوماتيكية ومخططاتهم واستنتاج الأخطاء لديهم، ثم تطوير طرق جديدة للتفكير واختبارها والحكم عليها، ثم استخدامها عملياً بهدف تقليل التوترات وتعلم مهارات مناسبة للعملية المعرفية.

- التعامل مع عملية تحريف الواقع والتي تبدو لدى مرضى البارانويا في صورة هذات وكذالك في بعض الأمراض الأخرى.

- التعامل مع التفكير غير المنطقي: فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة ومشتتة على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات.

- تصحيح التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً.

- تحديد وتعديل تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض وكذلك تحديد وتعديل الخط المعرفي الخاص لدى المريض.

- تعليم المرضى أن يتعرفوا على أفكارهم الخاطئة وتحديدها والتي ترتبط بانفعالات مؤلمة وبالسلوك المضطرب لديهم.
- تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار واعتقادات خاطئة وتحريفات معرفية.
- تدريب المرضى على الفنيات المعرفية لمقاومة أفكارهم واعتقاداتهم الخاطئة.
- تحديد المواقف والأحداث والخبرات التي تقلق المسترشد.
- مساعدة المسترشد على اكتشاف الأفكار والمعتقدات الكامنة التي تشكل الاستجابة الداخلية لهذه الأحداث والتي تؤدي إلى انفعالات سلبية.
- ولتحقيق الأهداف الإرشادية (العلاجية) المذكورة أعلاه لابد من الاهتمام بما يلي:
- توضيح للمتعالج ما الشيء الذي بإمكانه توقعه من العلاج ومن ثم تحديد استمراره في متابعة العلاج.
- تأكيد إمكانية التغيير وهذا ما يجعل المتعالج يركز على ما يمكن التوصل إليه في المستقبل بدلاً من التركيز على أعراض المشكلة، وبالتالي يدعم فكرة أن المتعالج عضو فعال في العلاقة العلاجية وأن التزامه ضروري.
- بناء خطة العلاج ابتداءً بتهيئة المتعالج للعلاج المعرفي، مروراً بالمشكلة الأساسية له وانتهاءً بتحقيق الأهداف العلاجية المتفق عليها من قبل الطرفين، أو من عدم إمكانية تحقيقها، وهذا ما يجعل هذه الأهداف قابلة للتفاوض خلال العملية العلاجية، ومركزة على ما يستطيع المتعالج فعله وليس على ما لا يستطيع.
- توافر الفرصة لتقويم النتائج المرتبطة مباشرة بمشكلة المتعالج.(الجمعية، ٢٠٠٢، ص ٥٠)

رابعاً: عملية الإرشاد المعرفي

تستند عملية الإرشاد المعرفي على مجموعة من المبادئ أهمها:

١- المشاركة العلاجية:

حيث يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج (الإرشاد) المعرفي لأن التخطي في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة ويجهد المتعالج من جهة أخرى. لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما كأن يعمل الطرفان كفريق. ويتعين على كل من المعالج والمتعالج أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة وما هو هدف العلاج المعرفي؟ وكيف يصلان لهذا الهدف والمدة الزمنية لبلوغه؟. حيث أثبتت الدراسات وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل، وهذا يؤثر تأثيراً عكسياً في النتائج. فمن المفيد اعتبار العلاقة بين المعالج والمتعالج جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج إصلاح المريض بل يحاول أن يتحالف معه ضد مشكلته. كما أن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المريض لا على عيوبه الشخصية المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يتخلص من مصاعبه بموضوعية أكثر ويذهب عنه مشاعر الخجل والدونية. وهذا يستدعي أن يتصف المعالج بخصائص كالنقبل والدفع والتفهم. (بيك، ٢٠٠٠، ص ٢٣٢).

٢- بناء الثقة:

يتطلب بناء الثقة تجنب الطرائق التسلطية التي تقود من جهة إلى تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات، ومن جهة أخرى تقود للمقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين. والأسلوب الأكثر

ملاءمة لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المريض رسالة مثل: "إن لديك أفكاراً معينة هي التي تحزنك أو تؤلمك، وقد تكون صحيحة أو خاطئة، فدعنا نفحصها". (باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٧). وإن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو اتخاذ موقف محايد مما يشجع المريض على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ. (بيك، ٢٠٠٠، ص ٣٤)

٣- تخفيف المشكلات:

ينطوي تخفيف المشكلات على ثلاث خطوات:

- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- التركيز على العناصر التي تشكل المفتاح للاضطراب. فعندما يتركز العلاج لدى المكتئبين مثلاً على عناصر مثل نقص الاعتبار والتوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي إلى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج.
- تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض والتأكيد عليها. لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان الأهلية. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٧)

٤- تعلم أن تتعلم:

ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، وليس من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً، لأنه بالمشاركة العلاجية يمكن أن يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف

يتعلم.(بيك، ٢٠٠٠، ص ٢٣٥). حيث تركز العملية العلاجية عند بيك على المعارف اللفظية أو التصورية للمتعالج وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعارف. وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج وفي خطوة ثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين إبراز المعارف الإشكالية للمتعالج مثل التشوهات المعرفية وأنماط التفكير غير متناسبة مع الواقع والهدف الخ. وهنا يفترض أن تصبح المعارف التي تجري تلقائياً (الأفكار التلقائية) مدركة من قبل المتعالج.

وتتم عملية الإرشاد وفق العلاج المعرفي حسب الخطوات التالية:
- الخطوة الأولى من العلاج يتم فيها توضيح منطق العلاج المعرفي للمريض.

- الخطوة الثانية يتم فيها استخدام الإرشادات المنهجية مع التمارين وإبراز الاستعارات الإشكالية مثل التشوهات الإدراكية وأنماط التفكير غير المناسبة مع الواقع، والهدف هنا يفترض مبدئياً أن تصبح الاستعارات التي تجري بشكل آلي مدركة بالنسبة للمريض.

- وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع المعارف الإشكالية إلى تحليل. ويميز بيك ثلاثة أنواع من التحليل:

- أ- التحليل المنطقي: يتم فيه اختبار المعارف استناداً إلى الأخطاء المنطقية كقرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية ...
- ب- التحليل الامبيرقي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمريض مع المعطيات الواقعية.

ج - التحليل الذرائعي: تتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمريض. وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمريض معاً تقييمات ومواقف جديدة تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية مختارة. (غراوه وآخرون، ١٩٩٩، ص ١٩٣-١٩٤).

وقد طور بيك طريقته في البداية للمكتئبين بشكل خاص، ومن هنا اعتبرت طريقته لفترة زمنية طويلة على أنها علاج خاص بالاكتئاب، إلا أن بيك سرعان ما طبق مبادئه العلاجية أيضاً على المخاوف واضطرابات أخرى. (رضوان، ١٩٩٩، ص ١٩٣-١٩٤)

وقد ميز بيك بين مستويين من المعارفيات المختلة وظيفياً:

١- الأفكار الأتوماتيكية:

وتتميز هذه الأفكار عن المجرى العادي للأفكار ببعض الخصائص ويغلب أن تكون هذه الأفكار سريعة وعند حافة الوعي وتسبق غالباً بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان، وهي أفكار معقولة تماماً بالنسبة للمريض ويسلم بأن هذه الأفكار الأتوماتيكية أو الآلية تيار من الأفكار والمعتقدات التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة. وتشير كلمة أوتوماتيكي إلى الطبيعة التلقائية لهذه الأفكار. وقد لاحظ المعالجون المعرفيون أنه من الشائع أن يتقبلها الأفراد كأمر مسلم به بدلاً من التساؤل عن مدى صحتها، وقد يحاول الشخص حبسها ولكنها تلح في الظهور.

والأفكار الأتوماتيكية هي المعارفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما (أو يتذكر حدثاً ما) ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني وغالباً ما تركز على منطق خاطئ بالرغم من أن الفرد قد يكون مدركاً بشكل دون الوعي لهذه المعارفيات. وإن هذه الأفكار

التلقائية يمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستجواب المستخدمة في العلاج المعرفي.

وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ في التفكير التلقائي. وقد وصفها بيك بعدد من الخصائص المشتركة: فهي واضحة متميزة بصفة عامة وبعيدة عن الغموض والهامية ليس فيها تسلس منطقي وتحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية وتتأ دون جهد من جانب المريض بل إنه يصعب إيقافها في الحالات المرضية الشديدة. وبالاستناد إلى هذه الطبيعة غير الإرادية للأفكار الأتوماتيكية يمكن تسميتها كذلك بالأفكار المستقلة. وتبدو لصاحبها مقبولة ومعقولة ويسلم بصحتها دون ارتياب ودون اختبار لواقعيتها ومنطقيتها، وتتميز بأنها تتطوي على موضوع، ويتسم محتوى الأفكار التلقائية بالخصوصية الفردية ولاسيما الأفكار الأكثر تكرار أو قوة.

٢- المخططات / المعتقدات:

هي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وفهم التجارب الحياتية، ويعتقد أنها تسبب مختلف التشوهات التي تصيب مزاج المكتئبين، فالمكتئب يحتفظ بالمواقف المسببة للألم أو الفشل رغم الدليل الموضوعي على وجود عوامل إيجابية في حياته. كما يميل الشخص بشكل انتقائي إلى مثيرات محددة فيجمعها في نموذج مكوناً بعبء مفهوماً حول الحادثة، ورغم أن الأشخاص المختلفين يكونون مفاهيم مختلفة وبطرق مختلفة للحالة الواحدة إلا أن الشخص الواحد يميل إلى الثبات في استجاباته نحو الأشكال المتشابهة للأحداث. وبشكل نسبي تشكل الأنماط المعرفية الثابتة أساس انتظام مجموعة معينة من الحالات

ومن أمثلة المخططات لدى الشخص المكتئب: (كوني غير ناجح في عملي يعني أنني فاشل تماماً).

ويمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك أو من الأفكار التلقائية، حين يتم تطور هذه البناءات المنظمة عبر تجارب الطفولة المبكرة والتأثرات التقييمية المكونة الناتجة عن ذلك، إنها تراكم لتجارب المرء وتعلمه ضمن مجال الأسرة أو المجتمع.

ويعتمد مدى تأثير المخططات في الفرد على:

- درجة ثبات هذه المخططات.
 - مدى ما يراه الفرد أساسياً لأمانته وسعادته ووجوده.
 - ما تعلمه سابقاً في مواجهة مخططاته.
 - البداية المبكرة التي انبثقت فيها المخططات واندمجت في الذات.
 - قوة تعزيزها ومن قبل من.
 - هناك نوعان من المخططات سلبية (غير تكيفية) وإيجابية (تكيفية)، وما يمكن أن يكون مخططاً تكيفياً في وضع ما ربما يكون غير تكيفي في حالة أخرى.
 - في وصف المخططات يضع بيك خمسة أنواع من المخططات:
- ١- المفاهيم المعرفية: حيث تزود بطرق للتخزين والتفسير وصوغ المعاني عن عالماً، وإن جوهر المعتقدات هي مخططات المفاهيم المعرفية.
 - ٢- المخططات الفعالة: تتضمن الشعور الإيجابي والشعور السلبي.
 - ٣- المخططات الفيزيولوجية: مثل رد فعل الهلع (الرعب).
 - ٤- المخططات السلوكية: الأعمال التي نقوم بها مثال: الجري عندما نخاف.

٥- المخططات الدافعية (المحفزة): وهي مرتبطة بالمخططات السلوكية مثال: الرغبة لتجنب الألم - الرغبة في الأكل - الرغبة في الدراسة - الرغبة في اللعب.

هذه المخططات يمكن أن تكون تكيفية ويمكن أن تكون غير تكيفية.
(Beck , 1999 , 363)

معوقات العلاج المعرفي :

١- المريض الذي لا يفكر:

يصر بعض المرضى على أنه ليس هناك أي فكرة تدور في عقولهم عندما يشعرون بالقلق أو الاكتئاب فربما يقولون أنهم يشعرون بالسوء في الصباح بمجرد أن يفتحوا أعينهم وقبل التفكير في أي شيء، والمشكلة في هذه الحالات هي سوء الفهم لمعنى الفكرة الأتوماتيكية والتي يخلط المريض بينها وبين التفكير المتكرر الشعوري بشأن موضوع معين، ومن ثم ينبغي على المعالج أن يشرح الفرق مع إعطاء أمثلة للتوضيح.

٢- المريض الذي لا يشعر:

استجابات انفعالية ملائمة في البداية وبالتالي يجب التأكد حيث يميل بعض المرضى إلى فلسفة مشكلاتهم ومن ثم يصبح هؤلاء ماهرين في وصف ردود أفعالهم بالتفصيل ولكن بدون أخذ مشاعرهم في الاعتبار أو مشاعر الآخرين ويجب حينئذ أن يقاطع المريض ويسأله ماذا كان شعورك في ذلك الوقت؟ فإذا لم يستطع المريض الوصول إلى مشاعره المؤلمة فلن يكون قادراً هو والمعالج على تحديد الأفكار التلقائية السلبية فالعلاج المعرفي لا يمكن أن يحدث دون تحديد من أن المريض يدون انفعالاته في العمود

المصمم لذلك في سجل الأفكار المختلة وظيفياً وأن يتدرب على الحديث عن مشاعره أثناء جلسات العلاج المعرفي .

٣- المريض الذي يخاف على أسراره ويشفى من جلسة علاج واحدة: نجد أحياناً بعض المرضى يأخذون جلسة علاج واحدة وربما يأتون بعد شهور عديدة من الاكتئاب أو القلق ويعودون قائلين هذا العلاج نجح حقاً، فلقد كنت جيداً طوال الأسبوع ولا أحتاج للعودة إلى هنا مرة أخرى، وهؤلاء المرضى يخافون من الاقتراب من خصوصيتهم أو ربما يشعرون بالخزي من الحاجة إلى المساعدة، وليس من المفضل أن يتم تحدي المريض في هذه اللحظة وإظهار عدم تصديقه والأفضل هو أجندة تشمل مراجعة للوقت منذ آخر جلسة ومراجعة للمشكلات الأصلية.

٤- المريض الذي يمتنع عن التوقف عن الحضور من أجل العلاج: الشخص المعتمد اجتماعياً ربما يصبح معتمداً على المعالج ويجد من الصعب إنهاء العلاج ويمكن للمعالج المعرفي تجنب هذه المشكلة العامة الشائعة في العلاج النفسي من خلال الالتزام بهيكل العلاج المعرفي وأساسه كما يلي:

- يوضح في بداية العلاج أن العلاج المعرفي هو قصير الأمد ويهدف إلى تعليم أساليب توافق يمكن للمريض أن يستخدمها بنفسه.

- لأن هناك مراجعة للتقدم في العلاج فيمكن للمريض أن يتذكر أهداف العلاج ويدرك ما تم إنجازه وما بقي.

- يتم تكريس الجلسة الأخيرة لمراجعة فترة العلاج كلها وتعلم أساليب المواجهة مع المشكلات المحتملة، وأخيراً تتم جدولة جلسات المتابعة على فترات طويلة من الوقت حتى يحدث إنهاء تدريجي للعلاج.

٥- المريض الذي لا يقوم بالواجب المنزلي:

إن الواجب المنزلي هو جزء أساسي من العلاج المعرفي وغالباً ما يشتمل على عمل كتابي مثل تدوين الأفكار التلقائية، فبعض المرضى غير معتادين على الكتابة ويشعرون بالخجل وبعضهم الآخر يعتقد أن أفكاره سخيفة ولا تستحق الكتابة وهنا ينبغي على المعالج أن يحدد أسباب عدم أداء الواجب بلطف ولا يتعامل كالمعلم في المدرسة ثم يتم تحديد الأفكار الأتوماتيكية بالطريقة المعتادة وتصحيحها.

٦ الجمع بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير :

إن الجمع بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير ربما يسبب مشاكل ليس فقط للمريض بل أيضاً للمعالج، فقد يصبح المريض والمعالج أقل دافعية نحو العلاج وربما يشعر المريض أن حالته سيئة لذلك تحتاج إلى نوعين من العلاج. وقد يشعر المعالج أن كفاءته محل شك إذا تم الجمع بين العلاجين ولهذا فإن الفهم الجيد لمرضى القلق والاكتئاب سوف يساعد المعالج في الوصول إلى شروط لاستخدام العلاج بالعقاقير ومن ثم شرح ذلك للمريض. (حسين، ٠٠٧، ص ٣٦٥-٣٦٧).

خامساً: النظرة للاضطراب النفسي

يقوم الإرشاد المعرفي على العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، أي أن الاستجابات الانفعالية تعتمد إلى حد كبير على التقييم المعرفي لأهمية الأحداث المحيطة. فالاضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف والحدث الذي يواجهه، ويشعر الشخص بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة أو هزيمة أو حرمان. فالحزن مثلاً يكون إدراك حدث ما بطريقة سلبية كال فقد، ويكون القلق عندما تتركز أفكار الشخص

وتقييماته على وجود خطر أو تهديدات على ذات الشخص أو على أشخاص يحبهم. وإن هذه الإدراكات الخاطئة للواقع ليست هي الواقع نفسه لأنها محدودة بحدود الوظائف الحسية: البصر والسمع والشم للأشخاص كما أن تأويلاته للمدخل الحسي متوقفة على عمليات معرفية مثل دمج المثيرات وتمييزها وهي عمليات عرضة بدورها للخطأ. إذ إن هذه التقييمات للواقع قد يعتريها خطأ من جراء بعض الأنماط الفكرية المختلة وظيفياً (المشوهة) ولا يستطيع المتعالج أن يدرك تأثيرها في سلوكه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته. (السقا، ٢٠٠٥، ص ٨٩). إن الاستجابة العصبية الحادة يطلق عليها رد فعل المحنة، حيث يكون الفرد مثقلاً بالقلق أو الحزن أو الهياج وعليه أن يناضل للمحافظة على ضبط التركيز والانتباه. ومن الناحية المعرفية فإن استجابة العصاب تنصف بالوعي المكثف للذات والتفسير الخاطئ للمثيرات غير الضارة على أنها تمثل خطراً كبيراً، وكذلك الانتباه للأفكار والمشاعر غير المناسبة.

يشير بيك إلى أن الاضطراب الانفعالي لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره بل وتخيله، إذ إن لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهته الأحداث والوقائع التي يتعرض لها، وغالباً تكون مرتبطة بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وهذه التوقعات قد تكون ايجابية ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد (حسين، ٢٠٠٨، ص ١٢٩).

ونستعرض فيما يلي أمثلة نفسية من خلالها بعض الاضطرابات النفسية في نظرية بيك:

(١) - القلق:

استثارة عامة في الجهاز العصبي المركزي، وهي استثارة تأهب فطرية تعود عليها الإنسان منذ القدم في مواجهاته مع قوى الطبيعة والأعداء والحيوانات. وعندما يستثار الفرد لفترة طويلة وينشغل بمستوى أدائه في الدراسة أو العمل أو غير ذلك ويفشل أو يتوقع الفشل، فإن القلق يحدث تلقائياً في مواجهة الأخطار غير الظاهرة. ولكن في بعض الأحيان تكون الخشية من الفشل أقوى من الفشل نفسه.

ويشير القلق إلى وجود فكرة معينة مشبعة بالمشاعر الخاصة بفشل الفرد في مجال مهم بالنسبة له، كما يشير إلى شعور بعدم الكفاءة نتيجة فشل أو احتمال فشل في مخططات الفرد، ويحدث ذلك بسبب مثالية الشخص أو تعدد الاختيارات وخاصة في الاختيارات المهمة في حياة الفرد وعدم القدرة على الحسم أو الانشغال بأكثر من مجال هام في آن واحد مع عدم إنجاز نجاحات فيها. ويحدث القلق كذلك من عدم التطابق بين أفكار الشخص عن نفسه وما يسلكه بالضبط، أو أن طموحاته لا تتناسب قدراته.

(٢) - الاكتئاب:

يقدم المعرفيون وفي مقدمتهم بيك عدداً من المفاهيم المعرفية التي تفسر الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب ومنها:

- ١- التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة وحمقاء.
- ٢- التوقعات الكوارثية: حيث يتجنب الفرد الدخول في المواقف المختلفة خوفاً من أن يرتكب خطأ يراه على أنه كارثة له وأسرته وسمعته.
- ٣- الكل أو اللاشيء: يتصرف الفرد باضطراب إذا كانت تصوراتهِ للأمور قائمة إما على النجاح الكامل وإما الفشل الذريع.

٤- إنكار الآخرين سلبيا للفرد الذي يتوقع سرية الآخرين أو ازدراءهم. وقبل الدخول في موقف التفاعل الاجتماعي سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب بما فيها العدوان مع القلق الاجتماعي.

٥- التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: حيث أن الفرد الذي يقوم بتفسير سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي الفعال.

٦- تحميل الشخص نفسه مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: أي أن الفرد ينزع إلى أن ينسب فشل الآخرين إلى نفسه وذلك بشكل مبالغ فيه وهو أمر شائع عند المكتئبين.

٧- النزعة إلى الكمال المطلق: رغم أن الكمال لله وحده، ومع ذلك ينزع بعض الأفراد نحو التفكير بطريقة شديدة المثالية ويطلبون الكمال المطلق في كل شيء.

٨- ربط الاحترام الشخصي وتقدير الذات بعوامل خارجية بحتة وتأويل الأحداث الخارجية بما يتفق مع إحساسه بعدم تقدير الذات.

٩- استخدام العبارات القاطعة: حيث يشاع في تفكير بعض حالات القلق والاكنتاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير مما يؤدي إلى تحجيم سلوك الفرد الاجتماعي. (يمكن التوسع بذلك في يوسف، ٢٠٠١، ص ١٠٣-١٠٥).

إن تطور الاكنتاب لدى المريض يبدأ بخبرة تمثل فقداناً واقعياً أو فرضياً أو كاذباً. وفي كل الحالات يكون مبالغاً فيه ويدركه الشخص على أنه دائم وغير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو الفرد سبب هذا الحادث المؤلم إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على كل خبرة تالية حتى لو كانت بسيطة على أنها ترجع إلى نقص

ذاتي. وتؤدي المقارنات التي يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقديره لذاته، وربما تكون النتيجة النهائية رفضاً تاماً من الفرد لذاته. وتؤدي هذه النظرة السالبة للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل ويصبح التشاؤم طاعياً على نظرة الشخص للحياة ويؤدي اليأس إلى فقدان الدافعية، ولأنه يتوقع أن تكون أن تكون النتيجة سلبية فإنه لا يبذل أي جهد، وتكون النتيجة النهائية لمثل هذا التشاؤم وجود أفكار وأمني ومحاولات انتحارية تبدو منطقية على أساس هذه المعطيات، أما المنطق الثاني للانتحار فهو الاعتقاد (في مفهوم الذات الخاطئ للمريض) أن بموته سيصبح الآخرون في حالة أحسن.

إن مفهوم الذات السالب، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات، والنظرة المتشائمة للمستقبل تشكل المثلث المعرفي للاكتئاب. كما أن بعض مظاهر الاكتئاب مثل التراجع، والتعب، والامتناع كلها نتائج سلبية للجوانب المعرفية السالبة، كما أن الأعراض البدنية الأخرى مثل فقدان الشهية والأرق وغيرها هي متلازمات بدنية للاضطراب النفسي في الاكتئاب.

أظهرت بعض الدراسات التقويمية أن العلاج المعرفي فعال ومؤثر مثله مثل العلاج الطبي في علاج الاكتئاب، بل قد ينفرد بميزات وقائية على المدى الطويل، ولقد تلقى النموذج المعرفي للاكتئاب أيضاً دعماً امبريقياً واسعاً.

أعد بيك النظرية العرفية كطريقة لفهم الاكتئاب وعلاجه لكنه طبقها على عدد كبير من الاضطرابات النفسية، وأشار إلى أن المرضى المكتئبين لديهم نظرة سلبية عن الذات وعن العالم وعن مستقبلهم وهذه النظرات السلبية هي السبب الحقيقي وراء الاكتئاب لديهم. إن نموذج بيك المعرفي للاضطرابات النفسية لم يكن قاصراً على فئة تشخيصه بعينها، والأكثر من ذلك النموذج المعرفي يفترض أن الحالات النفسية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة،

وبناء على ذلك فإن الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ،
أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس مع الغضب.

لقد كان بيك في بدايات العلاج المعرفي في السبعينات من القرن العشرين
حذرا في تعميم نمودجه على اضطرابات أخرى غير الاكتئاب بطريقة منتظمة
عقلانية صارمة. واليوم فإن منحى العلاج المعرفي يتم تطبيقه بنجاح على عدد
من اضطرابات الشخصية والصراع الزوجي وغيرها.

(يوسف، ٢٠٠٦، ص ٢٧ - ٢٨)

٣- الرهاب (المخاوف المرضية):

في حال اضطراب الرهاب يكون توقع المريض للأذى الجسمي مع
النفسي مقصورا على مواقف محددة. فإذا أمكنه تجنبها لم يعد لديه شعور
بالخطر وربما أحس بالأمن مع الطمأنينة. أما إذا اضطرته الظروف إلى
الدخول في هذه المواقف فإنه يعاني من الأعراض الذاتية والفيزيولوجية نفسها
الخاصة بمرضى القلق العصبي. وكما هو الحال في الاضطرابات النفسية فإن
الاستجابة للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها في صورة لفظية
خاصة أو في صورة تخيلات.

٤- الوسواس القهري:

يتعلق محتوى الوسواس بصفة عامة بخطر ما بعيد يظهر في هيئة شك
أوحيدة، فمريض الوسواس قد يبقى في شك العمل الذي أداه ويعتبر التأكد منه
ضروريا لتأمين سلامته (إطفاء فرن الغاز - قفل الباب...). وتتألف الطقوس
القهرية من محاولات تهدئة الشكوك مع الوسواس عن طريق الفعل، مثل ذلك
غسل اليدين القهري القائم على اعتقاد الأوساخ مازالت على اليدين. (بيك،
٢٠٠٠، ص ٩٢ - ١٠٢).

تشير النظرية المعرفية إلى أن الاضطرابات النفسية لا تنشأ من الأحداث في حد ذاتها من قبيل حادث صدم أو فقدان وظيفة أو علاقة، بل تنشأ من المعاني التي يعطيها الأفراد للأحداث وفلترتها. من خلال إطار من الاعتقادات والافتراضات التي تنمو خلال خبرات الحياة لدى الأفراد. فالموقف الواحد يثير استجابات انفعالية مختلفة لدى الأفراد تبعاً لاختلاف الطريقة التي يدركون بها الموقف. وهذا يعني أن الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها الفرد تكون بسبب أنماط التفكير الخاطئة والتوقعات والمعاني السلبية التي يكونها الفرد حول ذاته وعن الآخرين حوله وعن المستقبل. ونظراً لأن العوامل المعرفية لدى الفرد تكون متعلمة فقد يحدث اضطراب فيها بسبب التعلم الخاطئ أو نقص المعلومات الصحيحة ونتيجة لعدم التمييز بين الحقيقة والخيال.

وفضلاً عن ذلك فإن أنماط التفكير لدى الفرد يمكن أن تكون غير واقعية بسبب أنها مشتقة من مقدمات معرفية خاطئة، كما أن السلوك يمكن أن يكون مؤدياً للعمل بسبب أنه مبني على اتجاهات غير معقولة، لذلك يقوم المعالج المعرفي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك، ومن ثم تغييرها سيقترن عليه تغيير في سلوك المريض.

وعلى هذا يرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية تنشأ لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات والأحداث الخارجية التي يتعرض لها الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي، فالفرد يبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها للمواقف. (حسين، ٢٠٠٧، ص ١٧٦).

سادساً: بعض تقنيات الإرشاد المعرفي

١- التعرف على الفكر اللاتكيفي:

يعني مصطلح الأفكار اللاتكيفية ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داع ويولد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم. إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي أن يركز على تلك الأفكار مع الصور التي تورثه حقيقة وألماً لا مسوغ لهما، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. وأن هذه الألوان من التفكير اللاتكيفي هي عبارات ذاتيه يقولها المريض لنفسه. وأن انكار المريض للأفكار اللاتكيفية هي شئ إرادي وبإمكانه أن يغيرها بإرادته. وبإمكان المريض في أغلب الحالات أن يوقف نفسه عن هذا اللون من التفكير بعد تدريب كاف. غير أن الحالات الشديدة من الذهان قد تتطلب تدخلات علاجية فيزيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربائية لوقف الأفكار اللاتكيفية. ويبدو أن الأفكار اللاتكيفية تزداد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تبتدئ هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز المجال الفكري وذلك مانشاهده في الحالات الحادة من الاكتئاب مع القلق وحالات البارانويا. ولكن لانكر حالات غير حادة وغير شديدة مثل حالات الوسواس القهري. كذلك تجري الأفكار اللاتكيفية في مجال الوعي دون أن يلحظها الشخص إلى أن تعميم تدريبيه يساعده على معرفة كيف يوجه انتباهه إليها ويلتقطها ويحدد محتواها.

٢- ملء الفراغ:

عندما يسجل المرضى الأحداث وردود أفعالهم حيالها، يوجد عادة فراغ بين المثير والاستجابة في نظرية إيس (A- B- C) حيث تعتبر (B) هي

الفراغ، وواجب المعالج أن يملأه، وهذا يمكن تحقيقه بتعليم المريض التركيز على التصورات التي تحدث أثناء مروره بخبرة المثير والاستجابة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٨). ويمكن لتقنية ملء الفراغ أن تكون عوناً كبيراً للمرضى الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف الشخصية أو مع غيرها.

٣- تغيير القواعد:

يستخدم الناس قواعد معينة لتنظيم حياتهم الخاصة وفي محاولة تعديل سلوك الآخرين، بل إنهم يطلقون العبارات ويفسرون الأمور وقيمونها وفقاً لمجموعة من القواعد، وحين تكون هذه القواعد مصوغة في حدود مطلقة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة، فكثيراً ما تؤدي إلى سوء التوافق، وكثيراً ما تقضي في النهاية إلى لون من القلق أو الاكتئاب أو الرهاب أو الهوس أو حالات البارانويا والوسواس وغيرها. ولكي تصبح القواعد مجدية ومفيدة يجب أن يعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة وأقل تمركزاً على الذات. فإذا ما ثبت أنها خاطئة وغير عملية فعلى المريض أن يطرحها من مخزونه ويستبدل بها- بمساعدة المعالج- قواعد أخرى أكثر واقعية وتكيفاً. ويرى كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاتكيفية أو طرحها وتبني اتجاهات أكثر واقعية قد أدت إلى زوال الأعراض المعوقة من قلق ورهاب واكتئاب وغيرها.

(للتوسع يمكن العودة إلى بيك، ٢٠٠٠ ، ٢٤٥-٢٥٧)

٤- تدقيق الاستنتاجات:

على الرغم مما نحاوله مع المرضى ليصبحوا قادرين على أن يميزوا بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية إلا أنهم لا يزالون بحاجة إلى أن يتعلموا أساليب الحصول على المعلومات الدقيقة، يشتمل هذا معرفة أن ما

يعتقدونه ليس الحقيقة، وأن الاستنتاج ليس واقعاً، ويساعد المعالج المرضى على استكشاف استنتاجاتهم وتمحيصها مع الواقع، واستخدام قواعد البرهان. فحين نطلب من المريض التفكير في شرح بديل للموقف فإنه يعني أن تفسيره الأول كان متحيزاً وغير صحيح، أو أنه يقوم على استنتاج قليل الاحتمال، وقد يمكنه حينئذ أن يعي أنه قد حاول تغيير الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة. ويتطلب ذلك من العميل جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة)، ومثل هذه المعارف هي إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر في الجلسات، ويتضح دور المعالج في المثال التالي: تلاحظ الزوجة أن الزوج ينسى إكمال المهام، يطلب منها المعالج التركيز على استعادة أي استثناءات لرؤيتها لزوجها "دائماً ما ينسى"، وهذا التناقض يعزز بالفعل النقطة التي يحاول المعالج الوصول إليها، ويمكن أن يستخدم استراتيجية أخرى بأن يطلب من الزوجة أن تكتب يومياً متى ينسى إكمال المهام ومتى يكملها، وتهدف هذه التدخلات أن يصل العميل بنفسه إلى استنتاجاته بأن رؤيته للطرف الآخر غير دقيقة. (الشرقاوي، ١٩٩٣، ص ٤٤-٤٥).

سابعاً: تقويم النظرية

اهتم المرشدون المعرفيون بالتكامل بين الأساليب السلوكية واستقراء التخييلات وإعادة البناء من أجل تنشيط المخططات المعرفية وتعديل التفكير والوجدان. ومن الصعب في الحقيقة أن ينفذ الإرشاد المعرفي دون توظيف الأساليب السلوكية سواء لتنشيط المريض المكتئب أو توظيف أساليب معالجة اضطراب الهلع مع الوسواس أو تعديل أنماط السلوك وأنماط التخاطب لدى الأزواج.

إن الإرشاد المعرفي ليس علاجاً سهلاً فينبغي أن يكون المعالج ايجابياً نشيطاً مخلصاً ومؤثراً، وإن الاعتقاد أن هناك علاجاً معرفياً واحداً فقط أمر شديد الضيق. والأكثر من ذلك أن العديد من المعالجين المعرفيين يُدخلون أعمال ونماذج نفسية أخرى في أعمالهم بشكل متكامل، فقد أثرى بعضهم العمل مع مرضى يتسمون بشدة المراس وذلك بمساعدة المعالجين على فهم مخططات المريض ومقاومته للتغير (يوسف، ٢٠٠٦، ص ٢٩).

ونعرض فيما يلي بعض سلبيات هذه النظرية:

- إن نظرية الإرشاد المعرفي تقوم على فكرة أساسية، وهي أن الانفعالات التي يبدئها الناس إنما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم، ومن هذا فان النظرية قد ركزت على عدم عقلانية التفكير وتشويش الواقع كأسباب أساسية للمرض. أي اعتبرت أن الأفكار هي التي تولد الانفعالات ونوجهاها، في حين يرى بعضهم أن الانفعالات أقوى من الأفكار.

- تركز النظرية على التعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر.

- العلاقة الإرشادية بين المعالج والمتعالج غير واضحة.

- إن الإرشاد المعرفي غير فعال مع المرضى ذوي الاضطراب الشديد.

- إن العلاقة بين المعرفة والاضطرابات الانفعالية والسلوكية أكثر تعقيداً مما تصورته هذه النظرية.

- إن الإرشاد المعرفي مبسط جداً.

ويعتقد باترسون أنه من الصعب الاعتقاد بأن أسلوب بيك يمكن أن يكون فعالاً مع المرضى ذوي الاضطراب الشديد. وإن النتائج التي حققها بيك مع مرضى الاكتئاب جاءت نتيجة لشخصية بيك داخل موقف العلاج نفسه، فهو كمعالج استخدم كثيراً من التأثير الشخصي القوي على مرضاه من خلال

اهتمامه بهم وفهمه ورعايته لهم. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧). وذلك أكثر من كونها راجعة لتعديل طريقة التفكير لدى المرضى.

ثامناً: بعض التطبيقات

تطبيق الإرشاد المعرفي حالة (١):

امراة متزوجة تبلغ من العمر ٣٢ عام تعاني من اكتئاب شديد وحاولت الإقدام على الانتحار. كانت لها أفكار سلبية عن الذات أنها فاشلة في كل شيء (أم فاشلة وزوجة فاشلة وأخت فاشلة)، وأيضا كانت لديها رؤية سلبية عن العالم مثل المنزل الذي أصبح فوضوياً. أما بخصوص الرؤية السلبية عن المستقبل مثل: الأطفال يكونون أفضل بدوني، والشعور باليأس والأفكار الانتحارية كانت التحريفات المعرفية لديها تتضمن التعميم الزائد، وتوقع الكوارث، والشخصنة، والاستنتاج الاعتباطي، والفشل في ضبط الذات وفي ترتيب المنزل وفقدان حب الوالدين والمشاجرة معهم.

وقد تضمنت جلسات العلاج ٢٠ جلسة من العلاج المعرفي على مدى ١٢ أسبوعاً، حيث تم التعرف على الأفكار السلبية والتحريفات المعرفية لدى المريضة. والخطوة التالية هي تصحيح هذه التحريفات والأفكار السلبية باستخدام بعض تقنيات العلاج المعرفي. (حسين، ٢٠٠٧، ص ٣٠٠).

تطبيق الإرشاد المعرفي حالة (٢):

باولا في الحادية والثلاثين من عمرها تعمل محامية، وهي تعاني من الحزن ولديها صعوبة في النوم والتركيز وقلق تعرضت له في مرحلة الرشد لأحداث حزينة وقاسية. كانت انجازاتها في طفولتها جيدة في المدرسة. طورت في علاقاتها مع الوالدين والمدرسة معتقدين هامين عن حياتها:

- "انا محبوبة فقط عندما أسعد الآخرين"

- "انا جيدة فقط عندما يحبني الآخرون"

تسعى باولا للحب والاستحسان خلال علاقاتها مع الآخرين، ويعكس سلوكها محاولتها للتجنب ان تكون وحيدة. وعندما دخلت العلاج كانت لديها قاعدة من المعتقدات هي:

- "الان أنا حقا غير محبوبة وناقصة"

- "أنا أخيب أمل كل من يلجأ لي"

- "أنا استحق المساعدة بسبب سلوكي"

وعندما بدأت جلسات العلاج شارك المعالج - في الجلسة الأولى من العلاج- باولا بمشاعر الحزن والخوف. وفي الجلسة الثانية عقد المعالج مع باولا اتفاقاً علاجياً شجع باولا للعلاج، حيث تناقش معتقداتها مع المعالج وادراكها أن هذه المعتقدات تعكس طريقتها في التفكير، وأن التعرف على مشكلاتها وحلها تتطلب مساعدة المعالج لباولا من الاكتئاب، حيث يستخدم المعالج الطريقة الحوارية (اكتشاف الدليل)، وهكذا تدرك أن حياتها ليست خالية من المعنى.

المعالج: كيف هي مشاعرك اليوم؟

باولا: أشعر بالحزن والاكتئاب.

المعالج: أنت تبدين يائسة (انعكاس)، بماذا تفكرين الان؟

باولا: تبدو حياتي خالية من المعنى وفقيرة.

المعالج: ماذا تعني بفقيرة؟

باولا: لا أحد يحبني.

المعالج: هل تستطيعين أن تفكري بشئ يزعجك؟

باولا: (توقف طويل) أظن أن (كيرت) صديق هام لي.

المعالج: ماذا أيضا هام بالنسبة لك؟

باولا: أظن أن اصدقائي هامون لي، إنهم حقا يعتنون بي. وأظن أن حياتي ليست فقيرة تماما:

المعالج: كيف تشعرين عندما تفكرين أن حياتك ليست فقيرة؟
باولا: نوعا ما أقل انزعاجا.

وبهذه المناقشة استطاع المعالج مساعدة باولا لتفكر بعلاقتها الهامة مع كيرت واصدقائها الآخرين، وأن هذه الطريقة الحوارية تيسر قدرة باولا لتكتشف أفكارها الايجابية ومصادر قوتها وتناقش الأفكار غير النكيفية وتتخلص من مشاعرها التي تجعل حياتها فقيرة.

استخدم المعالج ثلاثة أسئلة لهذه التقنية:

س١- المعالج: لقد تحدثت في الثواني الماضية أن حياتك فقيرة ما هو دليلك لذلك؟

باولا: لا أملك أي دليل فقط أشعر بذلك.

س٢- المعالج: أنت فقط تشعرين بذلك (انعكاس) كيف تتظرين لهذه الحالة؟

باولا: أظن أن حياتي ليست فقيرة إذا استمررت بالاهتمام بكيرت.

س٣- المعالج: ليس كيرت هاما فقط، ماذا تتضمن حياتك أيضا؟

باولا: أظن ربما أصبح سيئة اذا تخطى اصدقائي عني.

اثناء ردود فعل المعالج يساعد باولا لتصبح اكثر موضوعية، عندما أدركت باولا أن حياتها ليست فقيرة بدأت تشعر بالارتياح. وفي الوقت الذي تروي باولا مشاعرها اليايسة بشكل متطرف يطلب المعالج من باولا أن تكتب المشاعر اليايسة في عمود والافكار الاوتوماتيكية في عمود ثان. "إن حياتي غير ناعمة، أنا حزينة". وهكذا تتخلص من هذه الافكار باستخدام الحوار لمطابقة

الاستجابة العقلانية مع هذه المعتقدات، وتساعد باولا لاختيار الافكار التكيفية
"لا أستطيع القول الحتمي أنه لا يوجد شيء جيد، ربما يوجد شيء جيد".

بالاضافة لذلك يستخدم معالج باولا الواجبات المنزلية التي تتضمن القيام
بنشاطات خارجية. وخلال العلاج المعرفي أصبحت باولا أقل اكتئاباً
وأوجدت معنى لحياتها. (BECK, 1999, p. 377-379).

وبذلك نلاحظ أن الخبرات التي مرت بها المريضة بمساعدة المعالج تتلخص
في:

- التفتيش عن الأفكار السلبية والتعرف إليها.
- تعلم تحليل نفسها بنفسها من خلال التعرف على مواطن الاتصال بين
معارفها ووجدانها وسلوكها وكيف ومتى تتعامل الواحدة مع الأخرى.
- فحص الأدلة التي تشير إلى أي انحراف في التفكير الذي أنتجته عند
مواجهة المواقف الخاصة والعامة أو عند نية القيام بمهمة جديدة.
- استبدال الانحرافات في التفكير بترجمة أكثر واقعية للمعلومات التي
تصلها من بيئتها بحيث تصبح معارفه أقرب إلى الحقيقة من ذي قبل.
- أن تشخص في نفسها أي اعتقاد أو ميل يؤدي إلى تشويه الحقائق ثم
العمل على تصحيح هذه الأفكار المسبقة واختيار الأفكار التكيفية.
- ايجاد معنى لحياتها والتخلص من الاكتئاب.

الفصل الرابع

الإرشاد المعرفي السلوكي

Cognitive Behavior Counselling

- ١- مدخل
- ٢- المفاهيم الأساسية للنظرية
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- عملية الإرشاد المعرفي السلوكي
- ٥- النظرة إلى الاضطراب النفسي
- ٦- بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي
- ٧- تقويم النظرية
- ٨- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

يستخدم الإرشاد السلوكي مبادئ التعلم ونظرياته وقوانينه، ويطبقها لإحداث تغييرات في سلوك الفرد للتغلب على بعض المشكلات التي تواجهه، ويؤمن السلوكيون أن ما يمكن ملاحظته من السلوك ونتائجه هو ما يُدرس فقط، أي ما يجري خارج الفرد، فالفرد عند السلوكيين موجود فقط عند مستوى المثير-الاستجابة. أما المعرفيون فيهمهم ما يجري داخل الفرد، فيستخدمون مفاهيم مثل: الإدراك والتعلم والانتباه والتخيل والذاكرة واللغة والدافعية وغيرها، ويرون كل السلوك بوصفه إشارات لنشاط مخي. ويهتم السلوكيون بالمدخلات والمخرجات على عكس المعرفيين الذين يهتمون بالعمليات المعرفية الداخلية مثل التفكير والإدراك والمحادثات الذاتية. فالمختصون في علم النفس المعرفي يرون أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة وإنما تفسير الفرد للأحداث هو الذي يصنع ذلك، وأن التغييرات في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنها تغييرات في المشاعر والسلوكيات.

يعتبر الإرشاد السلوكي المعرفي مجموعة من الطرائق العلاجية التي تجمع بين الأسلوبين المعرفي والسلوكي معاً، والمفهوم الذي يقوم عليه هذا العلاج أنه عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة نستطيع تخفيف الضغط النفسي، ولا يعني ذلك إهمال أهمية الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر الأساسي للضغط النفسي بصفة عامة، وإنما يعني أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال طريقة تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة و غير المناسبة. وأن ما يتم تعلمه ليس فقط مجرد ربط بين مثير واستجابة، بل أيضاً يتم تعلم توقعات بخصوص ما يمكن أن يحدث في المواقف الاجتماعية، وهذه التوقعات

تتوسط المثير والاستجابة، فغالباً ما يضيف الفرد معنى على الموقف في ضوء فهمه وتفسيره له، ويختار الاستجابة التي يعتقد أنها الأكثر ملاءمة لتحقيق هدفه في هذا الموقف.

ويركز الإرشاد المعرفي السلوكي على موضوعة هنا والآن أي على ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلة وظيفياً، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حال كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها (كمال، ١٩٩٤، ص ٢٨٠).

لقد وضع ألبرت إليس (Ellis) نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي والتي ركز فيها على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة، بل إن هناك أفكاراً مسؤولة عن حدوث النتائج. ثم جاء ميكينبوم (Meichenbaum) ليؤكد الاتجاه نفسه حيث أشار إلى أن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة، كما ترى النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل.

ولهذا يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة حيث بدأ الالتقاء بين المناهج السلوكية والمعرفية ودمج التقنيات التي ثبتت فاعليتها في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية للحالات المرضية.

إن رائد نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي هو الأمريكي دونالد هيربرت ميكينبوم (Meichenbaum) ، الذي ولد في مدينة نيويورك عام ١٩٤٠ وحصل على الإجازة الجامعية عام 1962 ثم حصل على درجة الماجستير عام

١٩٦٥ ثم على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام ١٩٦٦ . ثم أصبح أستاذاً في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام ١٩٦٦، وكان عضواً في الجمعية الأمريكية لعلم النفس وفي الجمعية الكندية أيضاً، وفي جمعية أبحاث نمو الطفل. وقدم ثورة إدراكية في حقل علم النفس في السبعينات والثمانينات من القرن العشرين، وقد رشح من قبل الأطباء السريريين بأنه واحد من أكثر عشرة أطباء تأثيراً في أمريكا الشمالية. وقد ألف ميكينبوم مجموعة من الكتب في الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكانت طريقته التي اشتهر بها: التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation .

يذكر ميكينبوم أن البدايات الأولى لطريقته قد بدأت في أثناء دراسته للدكتوراه، والعمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من "الحديث الصحي" وذلك باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي. وقد أدت الخبرات التي عاشها ميكينبوم في تدريبه مع هؤلاء المرضى أن يفكر فيما إذا كان من الممكن تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم. وقد لاحظ ميكينبوم أن بعض المرضى كانوا يرددون العبارات نفسها، وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، ومما يلاحظ أن هذا الأسلوب يمثل ابتعاداً عن الإشراف الإجرائي من حيث أنه أدخل عنصراً معرفياً "Cognitive".

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية

إن التركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكياته يعتبر أساس نظرية "ميكينبوم" الذي استنتج أن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، دوراً كبيراً في عملية التعلم. فعندما كان يقوم بتجاربته وهو يعد للدكتوراه كان "ميكينبوم" يقوم

بتدريب المرضى الفصامين، ويقوم بتعليمهم الحديث الصحي Healthy Talk عن طريق الإشراف الإجرائي، وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال Self-Instructions كأن يقولوا "تحدث حديثاً صحيحاً، كن متماسكاً وملائماً"، "كن واضحاً وصريحاً وفي صلب الموضوع". إن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعد الفرد على تغيير تفكيره (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي). هذه التغييرات يمكن أن تساعد على الشعور بشكل أفضل. على عكس بعض العلاجات الكلامية الأخرى التي تركز على المشاكل والصعوبات الآنية، عوضاً عن التركيز على أسباب المشكلة وأعراضها في الماضي. تقوم هذه النظرية على فكرة أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، حيث إن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة. هذا الحديث الذي يتم داخل الفرد ويؤثر فيه ويغير البنية المعرفية التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية. ونحاول هنا تحديد بعض المفاهيم الأساسية لنظرية الإرشاد المعرفي السلوكي عند "ميكينبوم".

١ - بنية الحديث الذاتي:

تأثر ميكينبوم بعالمين من علماء النفس السوفييت: فيجوتسكي "Bygotsky" (١٩٦٢)، ولوريا "Loria" (١٩٦١) اللذين درسا العلاقة التطورية بين اللغة والتفكير والسلوك. واقترحا أن تطور السيطرة الإرادية على سلوك المرء يتضمن تقدماً تدريجياً بتنظيم خارجي من أشخاص يهتمونه وصولاً إلى التنظيم الذاتي كنتيجة لجعل الأوامر اللفظية تصدر من الداخل،

ولذلك أصبحت التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك محور التركيز الأول للأبحاث التي يجريها ميكينبوم.

وتقوم فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية عنده على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفيزيولوجية، وردود الفعل الوجدانية – الجوانب المعرفية – والعلاقات مع الآخرين، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة والتكوينات. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١١٩-١٢٣) وقد ركز ميكينبوم على الحديث الداخلي Inner-speech أو المحادثة الداخلية "Inner Dialogue"، حديث الذات أو الحوار الداخلي Self-talk في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات Images على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك. كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية.

يعتبر ميكينبوم أن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي. ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه، والشيء الذي يرغب في إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات ولأي شيء يعزي أسباب سلوكه وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط. إن إدراك الفرد يؤثر في فيزيولوجيته ومزاجه. ويرى ميكينبوم أن الانفعال الفيزيولوجي ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد، ولكن ما يقوله الفرد نفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية (ابراهيم، ١٩٩٤، ص ٦٨)

- إن طريقة التحدث تكون حول:

* كيفية تفكير الفرد بنفسه والعالم من حوله والناس الآخرين.

* كيفية تأثير ما يفعل على أفكاره ومشاعره.

ويظهر تأثير الحوار الذاتي في العمليات السلوكية من خلال الوظائف التي يقوم بها على صعيد:

- التعليمات الشخصية المتبادلة: إن التعليمات الذاتية تعمل بصورة مماثلة لتلك التي تعمل بها التعليمات الشخصية المتبادلة، فالتعليمات الذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التي يستدخلها أو يستبطنها الطفل أو يحفظها بصورة تراكمية ثم يستخدمها في ضبط سلوكه.

- العوامل المعرفية في الضغط النفسي: إن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي متأثرة إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها ذلك الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة. فالتوضيح الذاتي أو التلقين الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة له تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف. وبكلام آخر فإن العبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الضغط وقدرته على التعامل معه تؤثر في سلوكه في هذا الموقف.

- مجموعة التعليمات الذاتية وتأثيراتها الفيزيولوجية: حيث أفادت الدراسات عن وجود علاقة بين التلقينات أو التعليمات الموجهة إلى الذات وبين الحالة المزاجية للفرد، وأفكار ومعرفيات المسترشد مرتبطة باضطراباته النفسية الجسمية "Psychosomatic Disorders"، كما أفاد ميكينوم أنه بعد العلاج بالتعديل المعرفي للسلوك أعلن المرضى أن ردود أفعالهم الفيزيولوجية كانت مساعدة أكثر منها معوقة فتبطل الكفين بالعرق، و زيادة سرعة ضربات القلب،

وسرعة التنفس وتوتر العضلات أصبحت مؤشرات لاستخدام أساليب المواجهة التي دربوا عليها، ففظرية ميكنيوم تفترض أنه ليست الإثارة البدنية في حد ذاتها هي التي تُضعف أو تُوهن، ولكن ما يقوله المريض عن هذه الإثارة هو الذي يحدد ما يحدث من رد فعل. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢١ - ١٢٢). وبكلام آخر فإن إحداث التغيير في السلوك يستلزم علينا أن نفكر قبل أن نتصرف ومثل هذا التفكير هو نتيجة لحديث داخلي.

٢ - البنية المعرفية:

يرى ميكنيوم بأن البنية المعرفية Cognitive Structure هي التي تحدد طبيعة الحوار الداخلي، والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكنيوم بالدائرة الخيرة Virtuous Cycle ، إن على المرشد أن يعرف المحتويات الإدراكية التي تمنع حدوث سلوك تكيفي جديد عند المسترشد، وما هو الحديث الداخلي الذي فشل الفرد في أن يقوله لنفسه، ويجب على المرشد أن يعرف حجم المشكلة ومداها، وما هي توقعات المسترشد من العلاج، وأن يسجل المرشد أفكاره ومشاعره قبل مرور المسترشد بالمشكلة التي يواجهها وفي أثناء المرور وبعده.

إن البنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم (التصورات) التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، حيث يقول ميكنيوم: "ما أقصده بالبنية المعرفية، هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يضبط ويوجه المخطط والطريقة أو الاختيار للأفكار". إنه يقصد أن يوضح نوعاً من المعالج (المعامل) التنفيذي Executive Processor ، أو الإجرائي الذي يمسك بأصول التفكير، والذي يحدد متى نقاطع أو نغير أو نواصل هذا التفكير. إن التغير أو التغيرات تحدث بدون تغيير في البنية

المعرفية، ولكن تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييراً في هذه البنية. وتحدث التغييرات البنائية عن طريق التشرب (الامتصاص) Obsorption حيث تتكامل البنى الجديدة مع القديمة. وكذلك يحدث عن طريق الإحلال (الإزاحة) Displacement والتي فيها تستمر البنى القديمة مع البنى الجديدة. أو بواسطة التكامل (الاندماج) Integration والذي فيه تستمر أجزاء من البنى القديمة موجودة ضمن بنية جديدة شاملة. وتقوم هذه الفكرة على أساس آراء نيسر Neisser في متابعته لتصورات بياجيه حول التمثيل والتوافق. فالبنى المعرفية تحدد طبيعة الحديث الداخلي، ولكن الحوار الداخلي يغير البنى المعرفية إلى ما يسميه ميكينبوم بالدورة الفعالة أو الفضلى. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢٢).

٣- تعديل السلوك:

- انطلق ميكينبوم من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تقوم بدور في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بوساطة الأبنية المعرفية المختلفة. إن الحديث الداخلي (المحادثة الداخلية) يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة.

ويرى أن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج. إن الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله وإلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال، هل هو سببه أم هل الآخرون؟

ويرى ميكينبوم بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد.

٤ - تعليم الذات:

ثم استخدم ميكينبوم أسلوب التوجيه الذاتي Self- Instruction على الأطفال ذوي النشاط الزائد وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها وذلك من أجل ضبط سلوكهم واستخدام أسلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية بالإضافة للتعزيز والعلاج المعرفي. ولقد درب ميكينبوم كل فرد أن يراقب نفسه وأن يقيّم أعماله، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد وإعطائه أوامر من أجل تقديم استجابة أفضل، وكان يطلب منهم إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المرغوب القيام فيه ثم يعطيه تعليمات للقيام بالمهمة بشكل بطيء وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة، وأن يستخدم خياله لتحقيق الهدف ويقدم له عبارات المدح والاستحسان، ويعلمه كيف يضع احتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد، وأن يقول عبارة أو جملة ليتكيف مع الفشل، وعبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات، وذلك بالقيام بمحاولة جديدة واستجابة بديلة ومناسبة ومن هذه الجمل مثلا: " كن موضوعيا " و " قف وفكر " و " قم بواجبك " و " أنا لا أوضح ما أقوله ولأحاول مرة أخرى ". وقد نجح ميكينبوم في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، مثل الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية Self- Instructions ، وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراف الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل. وقد خلص ميكينبوم من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغيير الأنماط المعرفية، وكذلك الخاصة بعزو السلوك Attribution ، ولكنه حذر في الوقت نفسه من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد. كما أدت الخبرات التي عاشها ميكينبوم في

تدريبه المرضى الفصامين وغيرهم، أن يفكر في تدريب المرضى على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم.

ثالثاً: أهداف النظرية

نحاول فيما يلي تحديد أبرز أهداف هذه النظرية بما يلي:

- إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي.
- إعادة بناء البنية المعرفية للمسترشد من خلال إدراكه للعلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.

- تدريب المسترشد كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

- تدريب المسترشد على التعرف على الوعي بالأحداث الذاتية.

- وصف الأهمية الوظيفية للانغماس في عبارات ذاتية من نوع معين تصاغ في نصوص ذات صبغة احتمالية يتبعها سلوك فردي معين أو حالة انفعالية (مزاج معين مثلاً) أو تتبعها ردود فعل بدنية أو عمليات انتباه معينة. " (زهران، ١٩٩٤، ص ٢٢٦)

- التركيز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه.

- تغيير الاتجاهات السلبية وطريقة التفكير لدى الفرد وتصوراته الخاطئة حيث إن ذلك يعد مطلباً ضرورياً لتغيير شخصيته المضطربة. فالعلاج السلوكي المعرفي هو " تعديل السلوك والجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادقة " (زهران، ١٩٩٤، ص ٢٢٦)

- تدريب المسترشد على استراتيجيات وعمليات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة. (الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٢١٣)

- مساعدة المسترشد على أن يكون واعياً بما يفكر فيه. لأنه عند إحداث تغيير في السلوك، فعلى الفرد أن يفكر قبل أن يتصرف. وهذا التفكير (نتيجة الحديث الداخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق، ويعطي الأساس لبناء سلوك جديد.

- تركيز الإرشاد على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه صراحة أو ضمناً والتي تؤدي إلى سلوك غير فعال وإلى اضطراب انفعالي.

- تدريب المسترشدين على كيفية تقويم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة وتصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.

- إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال التدريب على إعطاء تعليمات ذاتية جديدة له.

- تعليم المسترشد مهارات المواجهة لحل المشكلات.

- تعديل سلوك المسترشد.

رابعاً: عملية الإرشاد المعرفي السلوكي

هناك مجموعة من الميكانيزمات لحدوث التغيير بعمامة في كل الأساليب والأنظمة العلاجية وفي بيئات العلاج التي فيها يحدث أو يقع التغيير، هذه الميكانيزمات تتطوي على العمليات المعرفية للفرد. فأولها أن يأخذ المسترشد في الاعتبار أن يصبح واعياً بسلوكياته غير المتوافقة، وتدريبه لكي يكون ملاحظاً جيداً لسلوكه ومساعدته على تحديد مشكلاته. وثانيها اعتبار الوعي مؤشراً يولد حواراً داخلياً معيناً، تتم من خلاله مساعدة المسترشد على إحداث التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي، أما ثالثها فتقول بأن هناك تغييراً في

طبيعة الحوار الداخلي عما كان عليه المسترشد قبل بدء العلاج، والتركيز على تعزيز التغييرات التي تم إحداثها في سلوكيات المسترشد وتعميمها على سياقات أخرى. بالإضافة إلى أن هناك عملية ترجمة مغذاة بواسطة انعكاس المشاعر والتوضيحات وإعطاء المعلومات والنماذج المعرفية التي يقدمها المعالج. لذا نقول بأن لعملية الإرشاد المعرفي السلوكي ثلاث مراحل نتناولها على النحو التالي:

المرحلة الأولى: مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية : Self Observation

حيث يرى ميكينبوم: أن الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون عنده حوار داخلي سلبي مع نفسه، وكذلك تكون خيالاته وتصوراته سلبية، أما أثناء عملية العلاج وعن طريق زيادة الوعي والانتباه يركز المسترشد على ردود الأفعال الفكرية والانفعالية والجسمية، وعلى ألوان السلوك التفاعلي المتبادل بين الأفراد، وتؤدي عملية النقل أو الترجمة إلى أبنية معرفية جديدة New Cognitive Structures، تسمح للمسترشد بأن ينظر إلى الأعراض أو المشكلات بصورة مختلفة، وأن يبرز أفكاراً وألواناً من السلوك لا تتسجم مع حالة عدم التوافق. والأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة غير المتكيفة. وهنا تحدث عملية إحلال أفكار جديدة متكيفة محل أفكار قديمة غير متكيفة. إن إعادة بناء تكوين المفاهيم هذه تؤدي إلى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيها الثقة والتفهم والقدرة على الضبط، وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير. إن إعادة تكوين المفاهيم Redoctrinization، تساعد على إعطاء معان جديدة للأفكار والمشاعر والسلوكيات. إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي أن يعرف المسترشد كيف يتحدث، أو يعبر عن سلوكه. الأمر الذي يزيد من وعيه، وأن لا يشعر المسترشد بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي،

ويجب على المعالج أن يعرف طرق (العزو) عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم .

المرحلة الثانية: السلوكيات والأفكار المتنافرة Incompatible Thoughts and Behaviours

تكون عملية الملاحظة الذاتية عند المسترشد في هذه المرحلة قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا عنده. فإذا كان لسلوك المسترشد أن يتغير، فإن ما يقوله لنفسه وما يتصوره يجب أن ينشئ سلسلة سلوكية جديدة تتعارض أو تتنافر مع سلوكه الحالي غير المتوافق. إن ما يقوله الفرد لنفسه، أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسؤول عن سلوكياته القديمة. إن هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى المسترشد، الأمر الذي يجعل المسترشد يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم أو التصور الجديد الذي اكتسبه وجعله أكثر تكيفا، وهنا يستطيع المسترشد أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة وفقا للأفكار الجديدة بطريقة تقوده إلى مواجهة أكثر فعالية.

المرحلة الثالثة: المعرفة المرتبطة بالتغير Cognition Concerning Change

وتتعلق هذه المرحلة بتأدية المسترشد لمهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية، والحديث الذي يقوله المسترشد لنفسه حول نتائج هذه التجارب الشخصية. وهنا ليس المهم أن يركز المسترشد على السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر في ثبات وتعميم عملية التغير في السلوك، بل إن ما يقوله المسترشد لنفسه بعد عملية العلاج شيء هام وأساسي، وإن عملية العلاج تشمل على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية معرفية جديدة.

ويمكن تمثيل عملية العلاج كالآتي:

قبل العلاج: سلوك غير مرغوب به --- < حديث داخلي سلبي قديم متعلق به
أثناء العلاج: استبدال الحديث بالحديث داخلي جديد متكيف --- < تكوين بناءات
معرفية جديدة

بعد العلاج: سلوك مرغوب به --- < تقييم السلوك --- < تعميم السلوك ---
< تثبيت السلوك. (جمعة، ٢٠٠٢ ، ص ٦٨)

يمكن إجراء العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي أو جمعي ويمكن أيضا عمله عن طريق كتب المساعدة الذاتية أو برنامج حاسوبي. حيث يطلع المرشد على أفكار المسترشد ومشاعره وتصرفاته، وهل هي غير واقعية أو غير مفيدة، وما مدى تأثير بعضها في بعض، وعلى شخصية المسترشد. وهنا يساعد المعالج المسترشد على تغيير هذه الأفكار والتصرفات غير المفيدة واستبدالها بأفكار وتصرفات مفيدة. ويكمن موطن القوة في العلاج المعرفي السلوكي في أنه بإمكان الفرد الاستمرار في تطبيق ما تعلمه وتطوير مهارات جديدة.

خامساً: نظرة الإرشاد المعرفي السلوكي إلى الاضطراب النفسي

إن المنهج المعرفي السلوكي يجعل فهم الاضطرابات وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض، ومن شأن هذا المدخل أن يغير نظرة الإنسان إلى نفسه وإلى مشاكله، فالإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية أو مؤثرات عمياء أو انعكاسات آلية بل هو كائن عرضة للتعلم الخاص والأفكار الانهزامية، ولديه القدرة على تصحيحها أيضاً، وهو حين يضع يده على مواطن المغالطة في تفكيره ويجري عليها التصحيح اللازم فإنه يجعل حياته أكثر إرضاء له. (بيك، ٢٠٠٠، ص ٣٥).

وقد تنشط التعليمات الذاتية في بعض الأمراض والاضطرابات بشكل مفرط بحيث يحدث المريض ذاته على الدوام، وثمة تعليمات ذاتية ترمي إلى عقاب الذات وأخرى ترمي إلى إثباتها، فقد يعنف الإنسان نفسه ويمطر عليها بوابل من اللوم ويعتبر نفسه تافها وقد تصل هذه المشاعر من القناعة إلى درجات مرضية فيصاب الشخص بالاكتئاب. أو قد يكافئ نفسه لإنجازاته أو لثناء ناله. وهناك نوع آخر من التعليمات الذاتية يدور حول تجنب الفعل أو كفه فيستجيب أصحابه للمواقف البغيضة بأفكار مدارها التوصل والتجنب، فكلما واجهتهم مهمة تبدو مضجرة أو مرهقة تولد لديهم فكرة عدم الفعل. وينظر في هذه الحالات إلى المرض العقلي على أنه اختلال في التفكير يشتمل على عمليات تفكير محرفة تؤدي إلى رؤية محرفة للعالم، وإلى انفعالات غير سارة، وصعوبات ومشكلات سلوكية.

وفيما يلي بعض التصورات حول الجوانب المعرفية الخاطئة وغير المنطقية لدى المسترشدين:

١- العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني: يدخل في هذا التصور ذلك النموذج الذي وصفه "إليس" (Ellis) الذي يرى أن الأفكار غير العقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والاضطراب الانفعالي. وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية تنشأ من أنماط تفكير خاطئة وغير منطقية ويشتمل العلاج على اقناع المريض بمنطق العلاج، والتعرف على الأفكار غير العقلانية من خلال مراقبة المريض لذاته ثم مواجهة الأفكار اللاعقلانية وإعادة التفسير العقلاني للأحداث، وبعدها تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية (الطيب، ١٩٩٠، ص ١١٨).

٢- العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ: ويدخل في هذه المجموعة ذلك النموذج الذي قدمه بيك (Beck) الذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المنحرف الذي يتبناه المسترشد أو المريض. وتشتمل التحريفات على استنتاجات خاطئة لا يقوم عليها دليل، وكذلك على مبالغيات في أهمية الأحداث ودلالاتها، أو خلل معرفي، أو نقص اعتبار عنصر هام في الموقف، أو الاستدلال المنقسم، أو رؤية الأشياء على أنها أبيض أو أسود، خير أو شر، صحيح أو خطأ، دون وجود نقطة وسط، وكذلك المبالغة في التعميم من حادث مفرد. ويُدرب المسترشدون على التعرف على هذه التحريفات من خلال الأساليب السلوكية، واستخدام الدلالات اللفظية (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٣٨). وتشتمل التحريفات على:

- المبالغة: التي تتمثل في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها.
- التعميم: الذي يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية واكتساب المخاوف المرضية.
- أخطاء الحكم والاستنتاج: في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توفر معلومات معينة أو سياق مختلف. (إبراهيم، ١٩٩٤، ص ٣٠٨).

وبهذا نرى أن طريقة بيك التي قدمها في العلاج المعرفي تهدف إلى أن يصبح المريض واعياً بأفكاره المشوشة عنده واستبعادها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر موضوعية. وعلاج بيك المعرفي عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظرية أهدافها هي تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وإنتاج

بدائل مناسبة وأفكار توافقية ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية.

ويرى ميكينبوم (١٩٧١) أن الأفكار هي تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية، وهذه التعليمات كانت على مستوى الوعي عندما بدأ الفرد في تعلم هذه المهارات وبعد تعلمها فإن التعليمات اختصت من شعور الفرد وأصبح بذلك أداء السلوك تلقائياً. ولما كانت التعليمات غير الطبيعية التي يتعلمها الفرد تؤدي إلى سلوك غير طبيعي، فإن التعليمات الخاطئة التي يعاني الفرد في فترة لاحقة من القلق عند قيامه بأداء سلوكه وأنماط السلوك العدوانية قد لا تزول، ذلك أنها قد بنيت على أساس مجموعة من التعليمات التي ربما كانت مفيدة في سن الصغر، غير أنها في الحاضر قد أصبحت مسالك غير تكيفية. والعلاج هنا يتألف من تعلم مجموعة جديدة من التعليمات وذلك عن طريق النمذجة. وإذا كان القلق مرتبطاً بالسلوك فإن المريض يوضع في حالة استرخاء وبالتالي تتبع مجموعة جديدة من التعليمات. (كمال، ١٩٩٥، ص ٢٩٤).

سادساً: بعض فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي:

١) طريقة التقويم السلوكي المعرفي

Cognitive- Behavioral Assessment

تقوم هذه الطريقة على المراحل التالية:

١- المقابلة الأولية: يقوم المرشد خلال هذه المرحلة بجمع معلومات شخصية وعامة حول المسترشد، وقد يتطرق المرشد إلى سؤال المسترشد عن سبب طلبه للمساعدة وما الذي يتوقعه من الإرشاد، وقد يتم الاستعانة بمجموعة من الاستبيانات ونماذج المعلومات التي يمكن للفرد أن يعيها بشكل فردي حيث إن

هذه المرحلة موجهة بالأساس إلى عملية جمع معلومات شخصية حول المسترشد.

٢- مرحلة التقييم: خلال هذه المرحلة يحاول المرشد جمع معلومات حول مدى قدرة الفرد على التعامل مع المشكلات ومدى امتلاك المسترشد لمهارات التوافق الصحيحة مع الضغط النفسي، ويمكن أن يطبق عدداً من استبانات مهارات التوافق للكشف عن مدى امتلاك المسترشد لها. ويمكن أن تكون الموضوعات التالية مدار البحث خلال عملية التقييم المعرفي:

- الأفكار الذاتية: يركز الاتجاه المعرفي على أفكار المسترشد الذاتية وما الذي يقوله لذاته في أثناء مواجهة المشكلات مع التوجيه إلى زيادة وعي المسترشد لمثل هذه الأفكار ودورها في التأثير في الحالة الانفعالية والسلوكية للمسترشد.

- مراقبة الأفكار غير الوظيفية: قد يعتمد المرشد على أسلوب مراقبة المسترشد لذاته وللأفكار التي تظهر في موقف الضغط النفسي بهدف جمع معلومات حول المشكلة وتقييم أفكار المسترشد الآلية والتي تسبب له مشكلات وظيفية.

- الاستبانات: قد يطور المرشد مجموعة من الاستبانات الموجهة نحو استقصاء قدرات ومهارات المسترشد للتوافق مع الضغط النفسي وبناء عليه يحاول المرشد معرفة ما هي المهارات المعرفية

والسلوكية التي يفتقر لها المسترشد للتعامل مع التوتر والضغط النفسي.

٣- مرحلة العلاج: عند الوصول إلى هذه المرحلة يكون المرشد قد حقق هدفين، الأول يتمثل في فهمه لأسباب عدم قدرة المسترشد على التعامل مع قضايا الضغوط والتوتر النفسي، والثاني يتمثل في زيادة قدرة المسترشد على

الوعي الذاتي لأفكاره وللعوامل المعرفية المرتبطة بالمشكلة. والهدف الأساسي للعلاج محاولة إكساب المسترشد عدداً من المهارات الملائمة للتعامل مع مواقف التوتر والضغط (ضمرة، ٢٠٠٨، ص ٢٢٣ - ٢٢٦).

ومن المعتاد في العمل مع حالات الاضطرابات النفسية والعقلية أن يُستخدم أحد أسلوبين لتقويم المشكلات، وذلك باستخدام الاختبارات النفسية. ففي الأسلوب الأول تجرى المقارنة بين مجموعة مرضية، ومجموعة أخرى ليس لديها اضطرابات. أي هي طريقة الجماعات المقارنة وفيها تطبق مجموعة من الاختبارات على الجماعات الإكلينيكية وتقارن النتائج مع المجموعة الضابطة المتجانسة مع الأسوياء. ومثل هذه النتائج ذات قيمة تقويمية ضئيلة في الكشف عن طبيعة الاضطراب، وعن الأسباب التي تكمن تحته وعمّا يمكن عمله لمواجهتها، فالإنجاز القاصر يمكن أن يحدث نتيجة لأسباب مختلفة. أما في الأسلوب الثاني، فإن نتائج الاختبارات ترجع إلى مجموعة معيارية (معايير) وتبحث عن اضطرابات معينة أي هي خاصة باضطراب معين وفيها يوضع فرض خاص بقصور الحالة المعنية أو المسترشد المعين في أداء معين وتستخدم الاختبارات للتأكد من صحته، وتقارن نتائج تلك الحالة بمعايير جماعة ضابطة مستخدمة ولكن التركيز في هذه الطريقة الثانية على اختبارات معينة وليس على المقارنة العامة. ولكن هذه الطريقة أيضاً لا توضح ولا تعرف المشكلة، والتأمل في نتائج هاتين الطريقتين قد يؤدي إلى مجرد توضيحات افتراضية ولكن لا يوجد أساس للاختيار من بين تلك الافتراضات أو التصورات (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢٥). ولوجود عيوب في كلا الأسلوبين، فإن الإرشاد أو العلاج السلوكي المعرفي يتبنى أسلوباً خاصاً يعرف بالطريقة الوظيفية المعرفية.

٢): الطريقة المعرفية الوظيفية

Cognitive – Functional Approach

يتضمن التحليل الوظيفي للسلوك فحصاً تفصيلياً للمقدمات والنتائج البيئية (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات. ويتطلب ذلك تحديداً دقيقاً لفئة السلوك، ومعرفة لتكرار الاستجابات في المواقف المختلفة. وترجيحاً أو ضبطاً للأحداث البيئية لإظهار العلاقات السببية. ويركز التحليل المعرفي الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك. ويحتاج المرشد أن ينخرط في الواجب، أو المهمة حتى يستكشف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى المسترشد. ويشتمل تحليل المهام Task Analysis على تجزئ الواجب إلى مكونات أو إلى استراتيجيات معرفية مطلوبة للقيام به بدءاً بفهم طبيعة المهمة أو التعليمات (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٣١). وبعد ذلك تتم معالجات عدة حددها ميكنبوم بالآتي:

١- تعديل المطلب (الواجب) بطرق متنوعة تسمح بتقويم قدرات المسترشد وقصوره تحت مختلف الظروف.

٢- تبديل المتغيرات البيئية التي ليست من متغيرات المطلب نفسه وذلك مثل حضور أو غياب المشتتات أو العوامل الشخصية التفاعلية، وذلك يسمح بملاحظة مظاهر الموقف التي تسهل أو تعرقل الأداء.

٣- تزويد المسترشد ببعض المدعمات على شكل معاونات أو استحثاثات للسرعة، وملاحظة التغيرات في الأداء.

وهكذا يقتضي التقويم المعرفي الوظيفي اعتبار المسترشد موضوعاً للنقص التجريبي. وهذا يقود إلى مقترحات علاجية، ويتداخل التقويم مع العلاج أو

يتزامنان، فتقوم أصناف القصور والإمكانات يسير مع العلاج جنباً إلى جنب.
(Meichenbaum , 1977, 236- 242).

وفي هذه الطريقة ثمة سؤالان نحتاج للإجابة عنهما وهما:

أ - ما هي الجوانب التي يخفق المسترشد في أن يقولها لنفسه، والتي إذا وجدت فإنها تساعد على الأداء الملائم، وإلى السلوك التكيفي؟

ب - ما هو محتوى المعارف الذي يشوش على السلوك التكيفي؟

وهناك عدة وسائل للإجابة عن هذين السؤالين، منها:

١- **المقابلة الإكلينيكية:** تبدأ المقابلة المبدئية باستكشاف مدى المشكلة ومدتها كما يعبر عنها المسترشد. وكذلك التعرف على توقعات المسترشد من العلاج. بعد ذلك يطلب المعالج المعرفي السلوكي من المسترشد أن يتخيل أحداثاً (مواقف) تنطوي على مشكلات شخصية، وأن يسجل أفكاره وتخيالاته وسلوكياته قبل هذه الأحداث المتخيلة وفي أثناءها وبعدها. ثم يستكشف المعالج وجود أفكار ومشاعر مشابهة في مواقف أخرى، أو في مراحل مبكرة من حياة المسترشد، وقد يطلب المعالج من المسترشد أن يبحث عن هذه الأفكار والمشاعر الشبيهة خلال الأسبوع التالي لهذه المقابلة.

٢- **الاختبارات السلوكية:** في هذا النوع من الاختبارات يندمج المسترشد في سلوكيات ذات صلة بمشكلته سواء في المختبر، أو في موقف من مواقف الحياة العادية. ويتبع ذلك استكشاف الأفكار والمشاعر خلال هذه الخبرة، وفي موقف المختبر فإنه يمكن تصوير الموقف بالفيديو، ومن ثم يمكن إعادة عرض شريط الفيديو ومناقشته مع المعالج، ويمكن أن يطلب من المسترشد أن يفكر بصوت عال أثناء الاختبار السلوكي، ومع أن إعادة السلوك في المختبر والتفكير بصوت عال في أثناء الأداء قد يكون عرضة لعدم الدقة أو التشويش، إلا أنها

يمكن أن تظهر نموذجاً من التفكير لدى المسترشد. كذلك قد تستخدم اختبارات شبيهة باختبارات تفهم الموضوع (T.A.T)، ولكنها مرتبطة بمشكلة المسترشد ويكون الغرض منها التعرف إلى أفكار المسترشد ومشاعره والمتصلة بسلوكه. وكذلك تستخدم مجموعة من الاختبارات النفسية التي تقيس العمليات المعرفية مثل: اختبارات الابتكار وحل المشكلات، ويسجل المسترشد أفكاره التي دارت في نفسه أثناء أدائه الاختبار. كما قد تجري مثل هذه الاختبارات في صورة جماعية وخاصة إذا كان المسترشدون يعانون من المشكلة نفسها، واستكشاف أو استيضاح الأفكار والمشاعر على أساس جماعي يمكن أن يجعل المسترشدين يؤدون دورهم بموضوعية وذلك يقود إلى كشف الذات واختبارها .

إن التقييم المعرفي الوظيفي قد يقود المسترشد إلى أن يأخذ في الاعتبار ذلك الجزء من المشكلة المرتبط بما يقوله لنفسه، وإلى أن يدرك أن الفرد يمكنه أن يضبط ويغير أفكاره إذا أراد. وقد لا يعي المسترشد أو لا يدرك ما يقوله لنفسه، بسبب طبيعة التوقعات والاعتقادات التي تعود عليها والتي تجعل من المحتمل أن تصبح عمليات التفكير والتخيل عمليات آلية. أو تبدو كما لو كانت غير اختيارية شأنها في ذلك شأن كل الأفعال التي ازداد تعلمها وأداؤها حتى أصبحت كعادة سلوكية. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢٦ - ١٢٧).

(٣) - إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي:

Cognitive Factors in Behavior Therapy Techniques

لقد ركزت أساليب الإرشاد السلوكي على أهمية الدور الذي تقوم به الأحداث البيئية (سواء الأحداث التي تقع قبل الاستجابة أو المعينات التي تتبعها)، كما بالغت في التقليل من أهمية العوامل المعرفية في هذا الأساليب. ويؤكد ميكنبوم على أن البحوث التي قام بها مع زملائه قد أوضحت على

الرغم من أهمية الأحداث التي تقع في البيئة قبل السلوك أو نتيجة له، فإنها ليس لها الأهمية الأولى وإنما الذي يؤثر في سلوك المسترشد هو ما يقوله أو يحدث به نفسه حول هذه الأحداث. ومع ذلك فإن أساليب تعديل السلوك يمكن أن تستخدم لتعديل الحديث الذاتي الداخلي للمسترشد وكذلك سلوكياته، إلا أنه عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أساليب التوجيه الذاتي (الحديث الذاتي) فإنها تصبح أكثر فاعلية ويكون التعميم أكبر كما تكون الآثار أكثر استدامة (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٣٣).

١- إشرط تخفيف القلق: Anxiety- Relief Conditioning

هذا الأسلوب يتمثل في اقتران المثير المنفر مع تعبير الفرد وحديثه الداخلي مع نفسه، كأن يقول: اهدأ واسترخ، إذا تحمل الفرد مثيراً غير مستحب لمدة قليلة، ثم توقف أو أوقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة، فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغيرات التي سوف تلحق، وهي إيقاف المثير غير المستحب. وقد استخدم ميكنبوم الصدمة الكهربائية العقابية لإزالة الخوف المرضي من الأفاعي. ومثال ذلك أن يقول المسترشد شيئاً مخيفاً، مثل: كلمة أفعى مثلاً، ويؤدي ترديدهم لهذا المثير المخيف إلى استئثار الخوف أو تخيله، ثم التعبير عنه بكلمات مثل: الأفعى قبيحة المنظر، وفي لحظة من لحظات القلق والخوف هذه يتعرض الفرد إلى صدمة لا تتوقف إلا إذا ردد العبارة الذاتية المخففة للقلق مثل: استرخ، أستطيع أن ألمسها، لا داعي للخوف. وترديد هذه العبارات وارتباطها بتوقف الصدمة يؤدي إلى الاسترخاء وتخفيف القلق.

٢- التخلص المنظم من الحساسية "Systematic Desensitization":

إن التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية تبعاً لولبي (Wolpe) يزيل الخوف، لأن الخوف لا يتوافق مع الاسترخاء. ونزع الحساسية المنظم يمكن

تعديله ليستفيد على نحو جيد من معارف المسترشد. والعنصر الاسترخائي في نزع الحساسية المنظم يمكن تبسيطه واختصاره عن طريق جعل المسترشدين يتبنون تهيئة عقلية من الاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢٩) كما يمكن تعديل الجزء التخيلي بأن نجعل المسترشد يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق والاسترخاء بالتعليمات الذاتية. وفي هذه الحالة فإن الخبرة المولدة للقلق تصبح مؤشراً للمواجهة والأداء رغم وجود القلق. وحسب باترسون فإن التغيرات المفترضة في أساليب نزع الحساسية المنظم منسجمة مع:

- الملاحظات التي تقرر أن نزع الحساسية يجب أن ينظر إليه على أنه أساليب نشطة من المواجهات المتعلمة، وأنه مهارة من مهارات ضبط الذات.
- إنه أفكار عامة عن القيمة العلاجية للتعامل مع القلق، وهي الحل المتوقع للمشكلة والدراما المعرفية (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٣٠).

٣- النمذجة: Modeling

وهي طريقة يحصل فيها المسترشد على معلومات من الشخص النموذج، ويحولها إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى حديث داخلي عنده ليعبر عنها بسلوك خارجي، وهو تقليد النموذج، ويعطي معلومات وأوامر لتوجيه المسترشد ليقوم بالعمل المطلوب منه، أكد باندورا أنه في تكنيك النمذجة يحول المشاهد للنموذج المعلومات التي يحصل عليها من هذا النموذج إلى صور معرفية إدراكية خفية وإلى استجابات لفظية مكررة، وتلك الاستجابات هي التي تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك العلني ومثل هذه الاستجابات اللفظية تكون بالضرورة تعاليم ذاتية، والنمذجة الواضحة لمثل هذه الاستجابات تساعد على تغيير السلوك، والأفراد الذين يقومون بدور النماذج يمكنهم التفكير

بصوت في أثناء ما يقومون به من استجابات خفية تشمل ليس فقط عرض وإيضاح السلوك البارح، ولكن أيضا سلوك المجابهة ويشمل مواجهة ومعالجة الشكوك الذاتية والإحباطات وينتهي بعبارات تعزيزية تعقب النجاح. إن بحوث ميكينبوم وآخرين أظهرت أن هذه الطريقة أكثر فاعلية من تكتيك النموذج العادي (باترسون، ١٩٩٠، ١٣٠).

ويفسر ميكينبوم (١٩٧١) طريقته على الأساس النظري التالي:

- إن الأفكار هي تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية وهذه التعليمات كانت على مستوى الوعي عندما بدأ الفرد في تعلم هذه المهارات وبعد تعلمها فإن التعليمات اختصت من شعور الفرد وأصبح بذلك أداء السلوك تلقائياً.
- ولما كانت التعليمات غير الطبيعية التي يتعلمها الفرد تؤدي إلى سلوك غير طبيعي، وإذا كانت التعليمات خاطئة فإن الفرد يعاني في فترة لاحقة من القلق عند قيامه بأداء سلوكه وأنماط السلوك العدواني قد لا تزول، ذلك أنها قد بنيت على أساس مجموعة من التعليمات التي ربما كانت مفيدة في سن الصغر غير أنها في الحاضر قد أصبحت مسالك غير تكيفية.
- والعلاج هنا يتألف من تعلم مجموعة جديدة من التعليمات وذلك عن طريق النمذجة وإذا كان القلق مرتبطاً بالسلوك فإن المريض يوضع في حالة استرخاء وبالتالي تتبع مجموعة جديدة من التعليمات. (كمال، ١٩٩٥، ص ٢٩٣-٢٩٤)

٤ - الإشرط المنفر Aversive Conditioning :

تقترن في الإشرط المضاد الاستجابة غير المرغوب فيها بإشرط مضاد مثل الصدمة التي تتوقف مع توقف تلك الاستجابة غير المرغوب فيها، وفي الأسلوب المعرفي السلوكي تتسع الاستجابة غير المرغوب فيها لتشمل

المعارف في شكل عبارات وتصورات ذاتية، ففي علاج التدخين مثلاً تتوقف الصدمة عندما يطفئ المسترشد السجارة وأيضاً عندما يصدر هو شخصياً عبارات ذاتية مختارة تتعلق بسلوك التدخين مثل " لا أريد زرع سرطان في صدري " مثلاً وهذا الأسلوب أكثر فاعلية من الأسلوب العادي الذي ورد بدراسة ميكينبوم، وتفسير التأثير الواضح للتكرار أو الإعادة العقلية لم يتضح بعد ولكنه ربما كان مرتبطاً بالعرض الأفضل للمثيرات الضمنية التي ساعدت على السلوك غير المتوافق مع البيئة ومرتبطة بوجود مؤشرات موقفية كثيرة مختلفة في عمليات التدريب وبالاندماج والانفعالي الأكثر (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٣٠)، (جمعة، ٢٠٠٢، ص ٧٤).

٤: طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط

Stress-Inoculation Training

إن طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط هي من طرق الإرشاد السلوكي — المعرفي التي تطبق لتحصين الفرد ووقايته من الأمراض والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. وهي شكل من أشكال إعادة الهيكلة المعرفية ووسيلة لتغيير أنماط التفكير لدى الأفراد عن أنفسهم. وبعدها يستطيع المتعالج إعادة هذه المهارات حينما يواجه بمواقف (أحداث) باعثة على الضغط النفسي بشكل تدريجي.

تشبه هذه الطريقة عملية التطعيم ضد الأمراض العامة، وهي إحدى الأساليب التي تأخذ جانباً من الجوانب العلاجية السلوكية وتقوم على افتراض مساعدة الأفراد على التعامل مع مواقف الضغط النفسي قبل مواجهتها، وعلى مساعدتهم على التكيف بفعالية مع مثيرات ضاغطة بسيطة الشدة بهدف التوافق مع مثيرات ضاغطة شديدة الشدة. بالرغم من أن الدراسات الاجتماعية النفسية

التي تناولت مواجهة الإجهاد أو الضغط النفسي لم تتعرض للتوضيحات الذاتية، إلا أنها تشير إلى الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى الضغط النفسي متأثرة إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها ذلك الفرد مصدر الضغط، أو متأثرة بما يعزو هو إليه ما يشعر من إثارة، ومتأثرة بالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة. فالتوضيح الذاتي أو التلقين الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة له تأثير في سلوك الفرد في هذا الموقف. (باترسون، ١٩٨١، ص ١٢١)

وهذا الأسلوب متعدد الأوجه نظراً لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة للضغوط وكذلك لوجود فروق فردية وثقافية وأيضاً لتنوع أساليب المواجهة .

و تشتمل طريقة التحصين ضد الضغوط على ثلاث مراحل هي:

١ - مرحلة التعليم:

وتسمى أيضاً مرحلة التصور "Conceptualization" وفي هذه المرحلة يُزوّد المسترشد بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، ويكون ذلك بأسلوب بسيط، ويكون الهدف من تحديد هذا الإطار هو مساعدة المسترشد على أن ينظر للمشكلة نظرة منطقية وأن يتعاون مع الإرشاد المناسب. ويقدم فيها للمتعالج الأسلوب التكميلي السوي الذي يتيح له أن ينظر في ردود الأفعال السلبية تجاه الضغوط النفسية وتفهمها بدقة. والأساس المنطقي لذلك، هو أن الانفعالات السلبية المرتبطة بالمواقف الضاغطة والشدائد النفسية تكون بسبب الطريقة التي ينظر فيها الشخص للموقف وتفسيره له أكثر من الموقف ذاته، ويتم إخبار المتعالجين أن بإمكانهم تعلم مهارات التكيف والتعامل ومهارات ضبط الذات لتتيح لهم إعادة تشكيل هذه المواقف وتصورها

من جديد، وبالتالي التعامل معها بدون أن يكون لها آثار انفعالية سيئة. وعلى سبيل المثال فإنه عند دراسة حالة أحد المسترشدين يعاني من مخاوف (فوبيا) متعددة، وبعد مقابلة تقويمية أعد إطار خاص بالقلق لدى هذا المسترشد على أنه يشتمل على عنصرين أساسيين:

أ- استثارة فيزيولوجية عالية (زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس، عرق اليدين وغيرها).

ب- مجموعة الأفكار الهروبية المولدة للقلق (الإحساس بانعدام الحيلة وأفكار الألم والرغبة في الهروب وغيرها).

ثم إن المسترشد قد أخبر أن العبارات التي يقولها لنفسه في أثناء استثارة القلق قد أدت إلى سلوك التجنب الانفعالي وأن العلاج سيتجه إلى:

- مساعدة المسترشد على ضبط الاستثارة الفيزيولوجية.

- تغيير العبارات الذاتية التي تمت تحت ظروف الانضغاط.

ثم إن المسترشد قد شجع بعد ذلك على أن ينظر إلى خوفه أو ردود فعل الانضغاط لديه على أنها تتكون من أربع مراحل وهذه المراحل هي:

- الإعداد للضاغط .

- مواجهة الضاغط والتعامل معه.

- احتمال أن يكون الضغط شديداً عليه.

- تعزيز نفسه على أنه قد واجه الضغط.

٢- مرحلة التكرار:

وتسمى أيضاً مرحلة اكتساب المهارات والبروفات وتكرارها أو إعادة إعدادها "Skills Acquisition and Rehearsal Phase"، حيث يقوم المرشد في

هذه المرحلة بتزويد المسترشد بأساليب المواجهة والتي تشمل على إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل مرحلة من المراحل الأربع السابقة. وتشتمل الإجراءات المباشرة على الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له والإعداد لطرق الهروب والتدريب على الاسترخاء. أما المواجهة المعرفية فتشتمل على مساعدة المسترشد أن يصبح واعياً بالعبارات السلبية القاهرة للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.

وفيما يلي أمثلة لكل مرحلة من المراحل الأربع المذكورة في المرحلة الأولى:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط (الخوف) .
- استرخ خذ نفساً عميقاً.
- عندما يأتي الخوف توقف.
- لقد نجحنا. (الشناوي، ١٩٩٤ ، ص ١٣٦).

وفي هذه المرحلة يتم تعليم المتعالج مهارات التكيف والتعامل المناسبة لأشكال الضغوط النفسية والشدائد التي يخبرها. ففي حالة القلق البينشخصي مثلاً "Interpersonal Anxiety" (القلق الاجتماعي)، نساعد المتعالج في تطوير المهارات التي تجعل الموقف المخيف أقل تهديداً له. ويمكن أيضاً أن يتعلم الاسترخاء التصاعدي للعضلات وذلك من أجل خفض التوتر المرافق للضغوط النفسية والموقف.

٣- مرحلة التدريب التطبيقي: Applection And Follow

وتحدث بعد أن يتعلم المسترشد مهارات التكيف ويتقنها، يصبح جاهزاً لتطبيقها عملياً كخطوة أخيرة. ففي هذه المرحلة يصبح المسترشد ماهراً باستخدام أساليب المواجهة، حيث يواجه سلسلة مواقف باعثة على التوتر والضغوط النفسية، ويمكن له هنا إعادة بعض المهارات التي تعلمها سابقاً من أجل التعامل مع الموقف الجديد الحالي. ويمكنه أن يتخيل أنه يواجه ظروفاً ومواقف باعثة على الضغط والشدة النفسية، وأنه استطاع أن يرتبها بتسلسل جديد جيد.

ونستطيع تلخيص المراحل الثلاث السابقة بالآتي:

المرحلة الأولى: مرحلة إدراكية يتم التركيز فيها على خلق علاقات عمل وفهم أفضل لطبيعة الضغط وإعادة صياغة للمفاهيم.

المرحلة الثانية: مرحلة اكتساب المهارات يتم التركيز فيها على تقديم أساليب وتقنيات متنوعة من السلوكيات والمعارف التكيفية لتطبيقها على المواقف الضاغطة.

المرحلة الثالثة: تتضمن التدريب والتخطيط لطرق تخفف من الضغط، مثل تقديم المعلومات وحل المشكلات والاسترخاء.

وتستخدم طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط (S.I.T) حسب - عبد الله - في مجالات متعددة مثل:

- تستعمل هذه التقنية خصيصاً للتعامل مع المواقف الضاغطة " Stressful Situation" والشدة النفسية "Stress" والتكيف معها.

- لقد ساعدت هذه التقنية عدداً من الأفراد في التعامل مع الغضب والقلق ، الخوف والألم، ومع المشكلات المرتبطة بالصحة (كالسرطان والضغط الشرياني المرتفع).

إن هذه التقنية تبدو مناسبة لكافة المستويات. فهناك العديد من المجموعات، تلقوا هذه الطريقة وتدربوا عليها لمساعدتهم في التعامل مع الضغوط والشدائد النفسية المرتبطة بالعمل مثل مهن التمريض، التعليم والتدريس، السكرتارية، ومديري المكاتب، والجنود، ورجال الأعمال.

إضافة إلى استخدام هذه التقنية للتحصن ضد الضغوط والشدائد النفسية، فإنها (SIT) ما تزال تستعمل لمنع الآثار الضارة والمعاكسة للإجراءات الطبية والسئية والوقاية منها. (عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٥٥٠).

٥: أساليب إعادة البنية المعرفية: Cognitive-Restructuring Techniques

هناك مجموعة من الطرق العلاجية توضع تحت مسميات العلاج بإعادة البنية المعرفية أو العلاج بالدلالات اللفظية (العلاج المعنوي) " Semantic Therapy". وتركز هذه الطرق على تعديل تفكير المسترشد واستدلالاته وافتراضاته. وتمثل هذه الطرق ما يعرف عادة باسم العلاج الموجه بالاستبصار "Insight Oriented Therapy"، وفي الواقع فإن هذه المجموعة الواسعة من الطرق تهتم بالجوانب المعرفية لدى المسترشدين بطرق تختلف من معالج لآخر مما يؤدي إلى أساليب علاجية متنوعة. وفيما يلي بعض التصورات حول الجوانب المعرفية لدى المسترشدين:

- العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني:

يدخل في هذا التصور النموذج الذي قدمه "إليس" (Ellis) الذي يرى أن الأفكار غير العقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والاضطراب الانفعالي.

- العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ:

يدخل في هذه المجموعة النموذج الذي قدمه "بيك" (Beck) الذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المحرف الذي يتبناه المسترشد أو المريض.

- الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات التعامل:

وهي عملية سلوكية معرفية سواء ظاهرة أم خفية تقدم بدائل فعالة للتعامل مع المواقف المشكلة وتزيد من احتمالية اختبار الاستجابة الأكثر فعالية من بين بدائل متعددة. ويختلف الأفراد في ردود فعلهم نحو المواقف والمشكلات، وسبب الاختلاف في ردود الفعل ناتج عن اختلاف الاستراتيجيات التي يتبعها الفرد لحل مشكلاته وللتكيف مع مصادر الضغط التي تواجهه. وقد قدم ميكينبوم القيمة العلاجية لتعليم الأفراد مهارات حل المشكلات كمهارة من المهارات المستندة إلى الجانب المعرفي كمكون أساسي في عملية التوافق العام (ضمرة، ٢٠٠٨، ص ٢٤٦)

٦: طريقة التدريب على التعليمات الذاتية: Self-Instruction

وتقوم هذه الفنية على أساس أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها حيث إن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة. ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي ما يسمى بالإيقاف المتعمد للأفكار غير المرغوب فيها، إذ يطلب المعالج من المريض أن يفكر بطريقة

متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعاسة ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت وفور ظهور الإشارة الدالة على تكوين الفكرة وتبلورها يهتف المعالج "توقف"، ومن الواضح أن هذا الأسلوب يمكن استخدامه ذاتيا باستبدال أوامر من المعالج بأوامر من الذات وهذا ما يحدث بالفعل.

وقد بدأ ميكنيوم نمودجه مع مرضى الفصام وتدريبهم على نوع من الحديث الصحي وذلك باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، حيث لاحظ ميكنيوم أن بعض المرضى كانوا يقولون العبارات نفسها في أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون " تحدث حديثا صحيحا ، كن متماسكا وملائما " وهم بذلك كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية. (عبد العزيز، ٢٠٠١، ص ٥٥). وإن الحديث الذي يتم داخل الفرد يؤثر فيه ويغير البنية المعرفية التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية.

إن الأبنية المعرفية تحدد طبيعة تغيير الحديث الداخلي ولكن تغيير المحادثات الداخلية تؤدي أيضا لتغيرات في الأبنية المعرفية الأمر الذي يجعل ميكنيوم ينظر إلى هذه العملية على أنها دائرية. ويرى ميكنيوم أن فنية تقديم التعليمات للذات تتطلب تدريب المريض مع نفسه باستخدام خطة مكونة من خمس خطوات بالإضافة إلى سلسلة من الاستجابات التقريبية، وتكرر هذه الخطوات حتى يمكن للفرد القيام بكل مستوى بطريقة مريحة، وتتم الخطوات على الشكل التالي:

- يفوم المدرب بإنجاز مهمته وهو يتحدث إلى نفسه بصوت عال مسموع / نموذج معرفي.

- يقوم الفرد بإنجاز المهمة بصوت عال / توجيه ذاتي - صريح.
- يقوم الفرد بإنجاز مهمته هامسا لنفسه بالتعليمات / توجيه ذاتي هامس.
- يقوم الفرد بإنجاز مهمته بصوت خفي مقدما لنفسه التعليمات / توجيه ذاتي خفي. (الطبيب، ١٩٩٠، ص ٨٩)، (حافظ، ٢٠٠٠، ص ٤٥).

وتعتبر فنية التعليمات الذاتية أسلوباً من أساليب الضبط الذاتي حيث يصبح الفرد متحكماً فيه من خلال الألفاظ الذاتية الداخلية الخاصة به. وقد رأى ميكينبوم أن التدريب على التعليمات الذاتية كان أكثر فعالية في مساعدة الأطفال على أن ينسبوا النتائج إلى أنفسهم وإلى جهودهم بدلاً من نسبتها إلى الحظ أو الصدفة أو العجز. وقد استنتج ميكينبوم أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير أساليب نسبة الأشياء المعرفية للأطفال، ولكنه تحفظ مشيراً إلى أن هذه الفاعلية لم تتأكد بعد بصورة كاملة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١١٨).

إن التدريب على التعليمات الذاتية لن يكون فعالاً ما لم يتم إبراز المفاهيم والمهارات الضرورية، فعلى سبيل المثال لن يؤدي التدريب على التعليمات الذاتية إلى تحسن الأداء في الحساب إذا كانت المهارات الأساسية قاصرة. فتعليم الأطفال الاستجابة إلى الأوامر اللفظية الموجهة ذاتياً مثل "توقف وفكر" سوف لا يؤدي إلى زيادة تحسن الأداء في مطالب معينة ما لم تكن المهارات الضرورية المطلوبة للأداء موجودة بالفعل ضمن المخزون التعليمي لهؤلاء الأطفال.

(Meichenbaum, 1977, P 30). كما أن الأعمال، أو الأداء العملي، قد لا يتبع التلفظات ما لم يكن هناك دافع أو حافز لأداء هذه الأعمال، فتعزيز التابع بين السلوك اللفظي وغير اللفظي يزيد من تكرار وقوع العمل عقب التلفظ،

فاللغة وحدها لن تغير السلوك ولكن التفكير أيضاً ضروري، والتفكير قد يحدث من غير لغة ملفوظة، ولكن اللغة تزيد من التفكير بدرجة هامة، وبالتالي تغيير السلوك هذا هو الأمل المتطلع إليه من أسلوب التعليمات الذاتية كعلاج معرفي للسلوك. (باترسون، ١٩٩٠، ١٢٠) .

سابعاً: تقويم النظرية

يستمد الإرشاد المعرفي السلوكي جذوره من أرضية مزدوجة أحد عناصرها الإرشاد السلوكي الذي يستخدم آلية التعلم وإعادة التكيف كوسيلة لتغيير السلوك وعنصره الثاني هو الإرشاد المعرفي المرتكز على دور الأفكار في صياغة السلوك. ويعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي محاولة لتضييق الفجوة بين الاهتمامات المعرفية وتكنولوجيا الإرشاد السلوكي. وهذا المنحى الإرشادي منحى منظم ويتم عبر مراحل أساسية ثلاث مدروسة ومحددة، ففي المرحلة الأولى يقوم المرشد بتشجيع المسترشد على ملاحظة ذاته بهدف زيادة وعيه بظروف الموقف، وأن يطور تصوراً لطرق بديلة أكثر فائدة. ويتم في المرحلة الثانية تطوير أسلوب تفكير جديد وسلوكيات جديدة. وتأتي المرحلة الثالثة لتركز الجهود على توسيع نطاق استخدام المسترشد لمهاراته الجديدة في مواقف جديدة. والمهم هنا أن يتعلم المسترشد أن ما يحققه من نجاح وتقدم يعود إلى ذاته.

إن نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي التي قدمها لنا ميكينبوم هي في الواقع نظرية تجمع بين التقنيات السلوكية والتقنيات المعرفية، لكنها سلوكية بدرجة أكبر كما هو الحال مع بعض السلوكيين الذين أقروا بفائدة العلاج المعرفي وفعاليتّه فاستخدموا بعض من فنياته. ويرى "باترسون" أن العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم ليس مجرد علاج سلوكي مضافاً إليه بعض الأساليب

المعرفية كما حدث في مجموعة من الطرق التي اقترحها بعض المعالجين السلوكيين الذين قرروا أهمية الأساليب المعرفية، مثل: (جولد فريد، ودافيسون، وأليري، وويلسون)، بل إن طريقة "ميكينبوم" تتجه نحو المعرفة أكثر من اتجاهها نحو السلوكية. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٣٦)

على الرغم من أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة، ولكن يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي، ويرى "ماهوني" و"أرنكوف" أن هناك ثلاث صور رئيسية من العلاج المعرفي السلوكي هي:

١- العلاج العقلاني

٢- العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة

٣- العلاج من خلال حل المشكلة

ويؤكد النوعان الأخيران على الطرق الدقيقة والمفضلة لتعلم مهارات المواجهة والتأكيد وتوسيع القدرة على حل المشكلات. (مليكه، ١٩٩٤، ص ٦٩)

يتمثل منهج ميكينبوم في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي أحسن تمثيل مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعنية والتدعيم الذاتي. وقد استنتج ميكينبوم أن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه وكيفية عزوه للأشياء تتدخل كلها في عملية التعلم وهذه بالتالي لها دور في التأثير في سلوك الفرد.

إيجابيات النظرية:

- تهتم نظرية ميكينبوم بما يقوله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم. ويمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يساعد الفرد على كسر هذه الحلقة المفرغة من التفكير المشوش والمشاعر والسلوك غير المتوافق.
- إن محور الإرشاد يركز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه - أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو بشكل ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلا من السلوك والانفعالات غير المتكيفة.
- ينصب العلاج السلوكي المعرفي على تعديل التعليمات الذاتية التي يحدث بها المسترشدون أنفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات التي يواجهونها. وبالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بنموذج "ميكينبوم" بشكل منفرد، فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعروفة، وكذلك مع الطرق الخاصة بإعادة البناء المعرفي (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٣٩).
- إن اهتمام "ميكينبوم" بما يحدث الناس به أنفسهم، وأثره على سلوكهم وانفعالاتهم التكيفية المضطربة أمر له أهمية خاصة، حيث أغفلت المدرسة السلوكية الجوانب المعرفية في تفسيرها للسلوك والتعلم وكذلك في العلاج النفسي.
- انتقل ميكينبوم خطوة للأمام من ذلك الموقف الذي تتبناه مدرسة العلاج السلوكي في تفسيرها للسلوك، وفي معالجتها لهذا السلوك، كما أنه أجرى بحوثا استدلت منها على أهمية حديث الذات، أو الديالوج الداخلي، في السلوك.
- حاول ميكينبوم أن يطور علاجا معرفيا سلوكيا مبنيا على دراسة ما يقوله الناس لأنفسهم وتأثير ذلك في سلوكهم، فانطلق من تلك الزاوية بنظرية تركز

على تغيير الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم صراحة أو حتى ضمناً ، وبالتالي تؤدي إلى سلوك غير فعال، ومن ثم إلى اضطراب في كثير من الأحيان. وهنا نقول إن العلاج الذي تتمثله هذه النظرية هو تدريب المسترشد على تعديل التعليمات الذاتية التي يوجهها لنفسه حتى يستطيع بذلك مواجهة المشكلات، ومن تلك الناحية تكمن أهمية الحوار الداخلي للفرد وضرورة إيجابيته وعقلانيته لكي يكون فرداً أكثر توازناً.

- من أكثر الجوانب التي تميز بها هذا الأسلوب من العلاج أنه استخدم تلك الطريقة للتدريب التحصيني ضد القلق، فهو يبني المقاومة للقلق خلال برنامج يعلم المسترشد كيف يواجه مواقف متدرجة من القلق، وأسلوب التدريب متعدد الأوجه في طبيعته ليكون مرناً بسبب تعقيد حيل المواجهة وتتنوع مواقف القلق، وبسبب الفروق الفردية والثقافية.

- إن التدريب على التحصين ضد الإجهاد النفسي يستخدم بنجاح في تعليم الكفاءة الشخصية ويستخدم لدى الأفراد الذين يعانون من مشكلات ضبط الغضب مثلاً، ويقدم لعلاج الكثير من المشكلات، ولكن ليس بديلاً عن الأساليب العلاجية الأخرى، ومن المأمول أن يصبح هذا التدريب أسلوباً وقائياً لكثير من المشكلات.

- قدم ميكينبوم إضافة جديدة وأعطى بحثاً مفيداً وذهب إلى أبعد من مجرد العلاج السلوكي أو حتى المعرفي بل قام بتقديم نظرية عامة وشاملة حول هذا العلاج.

- إن العلاج السلوكي المعرفي - كما يرى جمعة- من أكثر العلاجات فعالية للحالات التي يكون فيها القلق أو الاكتئاب هو المشكلة الرئيسية. وإنها العلاج النفسي الأكثر فعالية لحالات الاكتئاب الشديدة والمتوسطة. ويعد تأثير العلاج

المعرفي السلوكي كتأثير مضادات الاكتئاب في العديد من أشكال الاكتئاب وربما يكون أكثر فعالية بقليل من مضادات الاكتئاب في علاج القلق. كما أنه لا يجب استعمال المهدئات لعلاج القلق لفترة طويلة فالتعلاج المعرفي السلوكي هو الخيار الأفضل . (جمعة، ٢٠٠٢، ص ٦٤)

- يرى مليكة أنه يوجد دليل على أن العلاج (الإرشاد) السلوكي المعرفي يساعد في معالجة مجموعة الاضطرابات والأمراض النفسية مثل:

* القلق

* الاكتئاب

* نوبات الذعر

* رهاب الخلاء والرهابات الأخرى

* الرهاب الاجتماعي

* الشره المرضي

* اضطراب الوسواس القهري

* الاضطراب النفسي ما بعد الصدمة

* الفصام (مليكة ، ١٩٩٤، ص ٧٩)

- لفت ميكنوم الانتباه إلى أهمية التعليمات الذاتية والحوار الداخلي والتي تعتبر جزءاً هاماً مما يجري في كل علاج ناجح.

- إنها نظرية ناجحة حاولت تطوير إرشاد معرفي سلوكي مبني على دراسة ومستخدم لتقنيات فاعلة.

ويمكن القول بأن المسترشد يكون لديه قبل الإرشاد أحاديث ذاتية سلبية وكذلك تخيلات غير مناسبة. ويحاول المرشد في أثناء عملية الإرشاد أن يهتم

بالعبارات الذاتية لدى المسترشد وأن يزيد من وعيه وانتباهه ليركز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفيزيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية. وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة تسمح للمسترشد بأن ينظر إلى المشكلات الخاصة به في صور مختلفة. فعملية إعادة التصور والتي تتم بمساعدة المرشد تؤدي إلى إعادة تعريف المشكلات بطرق تعطي المسترشد شعوراً بالتفهم والضبط والأمل اللازم لإجراءات التغيير. فعملية إعادة التصور تعتبر مشتركة بين المرشد والمسترشد كما أن تقبل أو موافقة المسترشد عليها تعتبر نتيجة ضمنية للتفاعل الذي يحدث في إطار العلاقة بين المرشد والمسترشد.

سلبيات النظرية :

- إن نموذج ميكينبوم لم يتضمن تصوراً لعمليات أخرى سوى أحاديث الذات (الخواطر)، وكأن التعلم والأداء السلوكي هو علاقة بسيطة بين منثير واستجابة. والمنثير هنا والمعزز أيضا هو ما يحدث به الفرد نفسه، وكأنه ليس هناك دور لأي عملية معرفية أخرى سوى حديث الذات، دون الشعور بما يحدد السلوك.

- يعوز ميكينبوم المعيار الموضوعي الذي يمكن أن يحتكم إليه الفرد نفسه، فيكون تصحيحه ذاتياً ومنسقاً من وقت إلى آخر ويحتكم إليه المرشدون والمعالجون حين يحاولون التعرف على موطن الخطأ في التفكير أو في التصورات أو المعتقدات أو فيما يحدث به الناس أنفسهم. فهم بذلك يضعون المعايير وينصبون أنفسهم حكماً على مدى موافقة الجوانب المعرفية لدى مسترشديهم والتي يرون أنها سبب مشكلات هؤلاء المسترشدين، وفقاً لهذه المعايير التي افترضوها. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٤٠).

- إن نظرية ميكنبوم لم تتعامل مع العوامل الوجدانية بصورة ملائمة و الإشارة الوحيدة الصريحة التي أشار فيها ميكنبوم إلى الوجدان هي حين أفاد بأنه في عملية إعطاء المسترشد لنفسه تعليمات ذاتية جديدة فإنه يجب عليه أن يندمج في العملية بالمعنى الكامل و ليس فقط مجرد عملية ميكانيكية لتعلم الذات (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٣٧)

- لم تهتم هذه النظرية بالعلاقة بين المرشد والحالة إلا بالمظاهر المعرفية والتعليمية.

- لم يوضح ميكنبوم بصورة ملائمة كيف أن الأساليب العقلية والانفعالية والسلوكية العلاجية تتفاعل بدرجة هامة، وأنها ذات تأثيرات عميقة بعضها في بعض.

- إن ميكنبوم يركز في أسلوبه العلاجي على دور التعليمات الذاتية في العلاج، إلا أن مشكلة المسترشد قد تكمن بكونه تنقصه بعض المعلومات أو المهارات الضرورية.

- إن التعليمات الذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التي يستدخلها أو يستتبطها الطفل أو يحفظها بصورة تراكمية ثم يستخدمها في ضبط سلوكه على النحو الذي قام العالمان الروسيان فيجوتسكي ولوريا Vygotsky and Luria اللذان استند إليهما ميكنبوم في نموذجيه في التفكير واللغة لتفسير النمو العقلي واللغوي لدى الأطفال. حيث قدم فيجوتسكي اقتراحاً فحواه أن نمو اللغة والفكر والسلوك يرتبط بعضها ببعض وتتطور في ثلاث مراحل في أثناء التنشئة الاجتماعية على الشكل التالي:

١- المرحلة الأولى :

حيث يتم فيها السيطرة على سلوك الطفل بوساطة كلام الراشدين.

٢- المرحلة الثانية :

يبدأ الطفل في استخدام حديثه الخاص به لتنظيم سلوكه .

٣- المرحلة الثالثة :

تبدأ هنا الأحاديث الخارجية في الولوج للداخل ليبدأ في إعداد العمليات المعرفية الوسيطة . (مسعود، ٢٠٠٢، ص ٤٠) نقلاً عن (Abikoff , 1991).

وكان ميكينبوم في هذا المجال لم يأت بجديد في نظريته.

- إن النظرية السلوكية المعرفية لم تكتمل بعد في المستوى النظري أو التطبيقي.

ثامناً: بعض التطبيقات

إن الاضطراب الذي سنتناوله هو النشاط الزائد وعدم الانتباه، كاضطراب من الاضطرابات التي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة واستخدام بعضة نتيات نظرية الإرشاد السلوكي المعرفي. حيث تعددت تعريفات اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD) نظراً لتعدد الباحثين واختلاف تخصصاتهم، فمنهم من عرفه على أساس أسبابه ومنهم من عرفه على أساس أعراضه. فقد جاء في تعريف رابطة الطب النفسي الأمريكية (١٩٩٤): هو اضطراب عصبي بيولوجي يوصف من خلال أعراض عدم القدرة على الانتباه والانفعالية وفرط النشاط (مسعود، ٢٠٠٢، ص ١١). كما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية: أن اضطراب عجز الانتباه يعني عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت، أي

الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بالنشاط ويكون نتيجة عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح. (DSM-iv, P 37)

إن تكامل العمل العلاجي وفعاليته يعتمد على تعاون (الأسرة، الطفل، المدرسة، المعالج) فهي بمثابة الحلقات المترابطة بعضه مع بعض وفقدان حلقة من هذه الحلقات يؤدي إلى تزعزع العمل العلاجي.

بالإضافة إلى ما ذكر علينا أن لا نغفل دور البيئة الاجتماعية والتعليمية وأيضاً المستوى الاقتصادي للأهل وعدم اهتمام الأهل بهذه المشكلة عند أطفالهم.

يتم تناول حالات لأطفال ثلاثة عمر كل واحد منهم تسع سنوات تم تشخيص حالتهم بالنشاط الزائد وعدم الانتباه. وتهدف الخطة العلاجية إلى مساعدتهم على التخفيف من قلة الانتباه والنشاط الزائد لديهم، من خلال:

- التعرف إلى الأطفال مع إعطائهم فكرة لما سيتم في الزيارات القادمة.
- ملاحظة كل طفل في المدرسة خلال الحصة الدراسية والاستراحة.
- تطبيق فنية التعليمات الذاتية (Self-Instruction) والتي تتمثل في تدريب الطفل على تقديم التعليمات اللفظية للذات والتي تقوم بدور أساسي ومهم في ضبط الذاتي. وتهدف هذه التقنية إلى:

* العمل على تركيز انتباه الطفل على العمل المطلوب منه.

* عدم التسرع في الإجابة.

* جعل الطفل يجلس هادئاً في مقعده لأطول فترة ممكنة.

* إنهاء الأعمال الموكلة إليه.

وذلك من خلال:

- جذب انتباه الطفل للملاحظة.

- حث الطفل على محاكاة النموذج.
 - حث الطفل على الملاحظة والمتابعة.
 - استخدام التعزيز، لتدعيم السلوك الإيجابي عند الطفل.
 - العمل مع الطفل للتخفيف من الحركة الزائدة لديه خلال الحصة الدراسية من قبل المعلمة، وذلك من خلال:
 - الاتفاق معه على الالتزام بالجلوس.
 - استخدام مبدأ اقتصاد البدائل الرمزية.
 - تكليف الطفل ببعض المهام.
 - تركيز انتباه الطفل إلى العمل المطلوب منه .
- تم تطبيق فنية التعليمات الذاتية (Self-Instruction) من خلال (الصور المنقطة ونصوص مختارة من كتاب القراءة للصف الرابع - تعليم أساسي).
- طريقة تطبيق الفنية:**
- ١- إعطاء الطفل صورة منقطة والطلب منه أن يمرر القلم فوق النقاط ليشكل الرسم المطلوب ويتم التأكيد على عدم التسرع والتروي في أثناء المرور فوق النقاط ليصل الرسم إلى الشكل المثالي المطلوب.
 - ٢- يقوم المرشد بتقديم نموذج أمام الطفل والقيام بالمهمة نفسها / تمرير القلم على النقاط / مع تقديم التعليمات لنفسه بصوت مسموع، ثم ترديد ذلك في صوت خافت و ثم سري / بينه وبين نفسه / والطفل يشاهده، فيقول:
- أ - ينبغي أن أركز انتباهي في هذه النقاط وأرسم الخطوط بطريقة مناسبة وينبغي ألا أخرجها خارج النقاط.

ب - ترى هل أنجزت العمل المطلوب إنجازاً جيداً؟ لقد أنجزت العمل المطلوب إنجازاً رائعاً، هذا ممتاز .

ج - ثم يطلب المرشد من الطفل أن يفعل مثلما فعل في المرة السابقة مع تذكيره بتقديم تعليمات لنفسه مثلما فعل هو وذلك بإشرافه ومتابعته للطفل، وهو يردد التعليمات لنفسه بصوت عال، ويقوم بتوصيل النقاط حتى يتقن إتمام التدريب بشكل جيد، مع استخدام التعزيز الإيجابي من قبل المرشد.

تم استخدام هذه الفنية مع كل طفل عدة مرات من خلال الرسم والألوان وبالاعتماد على نصوص مختارة من كتاب القراءة والهدف من ذلك:

- إثارة انتباه الطفل وعدم شعوره بالملل.

- تعلم القراءة بصوت عالٍ وواضح.

- تعلم القدرة على الإصغاء والاستقبال والتحدث بشكل جيد.

- تقديم عبرة يستخدمها الطفل في حياته.

- ثم يقوم المرشد بقراءة النص قراءة بطيئة وبصوت عالٍ مع ترديد التعليمات الذاتية مثل: عليّ ألاّ أسرع، تمهل وانظر جيداً للجملة، لديّ الوقت الكافي للقراءة، في النهاية يردد المرشد: لقد قمت بالقراءة فهذا جيد / تعزيز ذاتي/.

- ثم يطلب المرشد من الطفل أن يقرأ النص قراءة بطيئة وبصوت عالٍ مع ترديد التعليمات الذاتية السابقة نفسها.

- ثم يقوم المرشد بتوجيه أسئلة حول النص ويطلب من الطفل الإجابة عنها. يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة، فيصفق المرشد للطفل ويقدم له قطعة من الحلوى، مقترنة بعبارات استحسان تشجيعاً للنجاح الذي يحققه.

وفي نهاية عملية الإرشاد قدم المرشد للمعلمات بعض الاقتراحات حول كيفية التعامل مع الأطفال المعنيين بالإرشاد أهمها:

* العمل على أن يكون الطفل قريباً (في المكان) من المعلمة، لكي يشعر بالاهتمام وأنها قريبة منه بذلك يقوم بضبط بعض حركاته.

* توكيل مهمات للطفل مثلاً أن يمحي السبورة أو أن يحضر بعض الوسائل التعليمية الخاصة بالدرس من الإدارة وغيرها من المهمات التي تشعره بقيمة الإنجاز أو العمل الذي يقوم به، بالإضافة إلى التعزيز المناسب من قبل المعلمة لكي تزيد ثقته بنفسه.

* التركيز على استخدام أسلوب موحد للتعامل مع الطفل من قبل جميع المعلمات اللاتي يشرفن على تعليم الطفل.

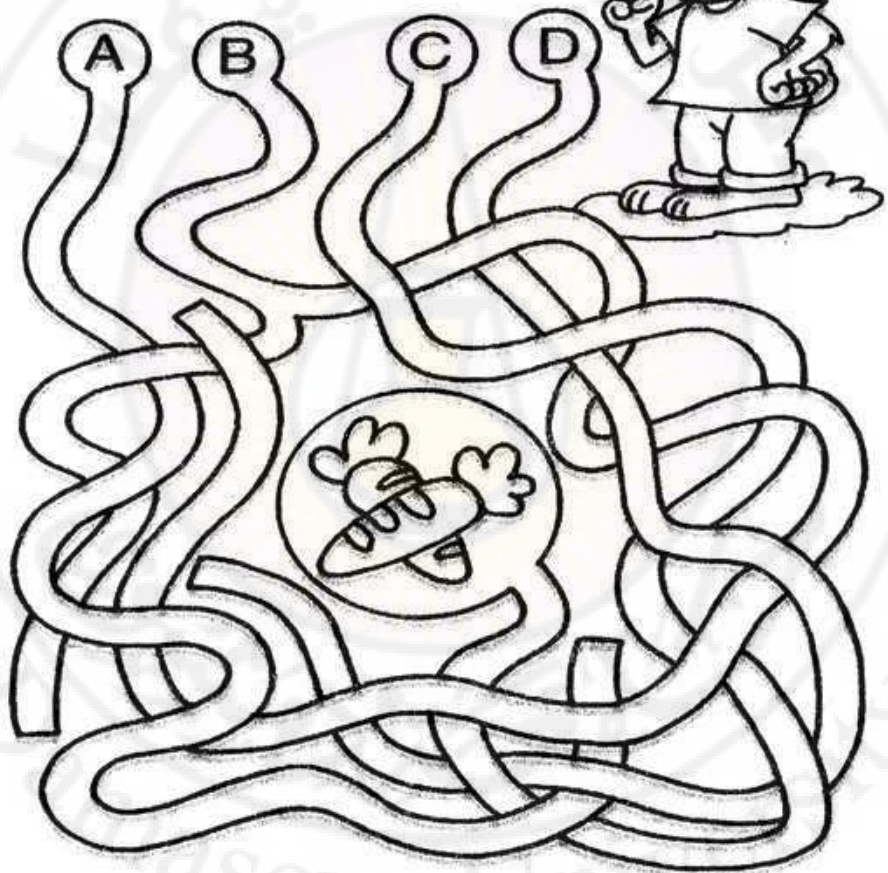
* تجاهل سلوك الطفل ذي الحركة الزائدة، وتعزيز الجلوس وثبات الطفل لفترة زمنية أطول من فترات ثباته السابقة. ويتم الاتفاق مع الطفل على الالتزام بالجلوس لمدة ٥ دقائق في البداية والتزامه هذا يجعله يحصل على نجمة أو صورة لاصقة مثلاً (تعزيز). ومن ثم تزيد المدة مثلاً فتصبح ١٠ دقائق والتزامه يجعله يحصل على (نجمة ثانية)، وهكذا... وفي النهاية يستبدل الطفل هذه النجوم بشيء محبوب إليه قد يكون (امتياز - تقدير - دفتر رسم مثلاً) نظراً لالتزامه بالهدوء ولحسن سلوكه.

ونعرض فيما يلي نموذجين لتقنية التعليمات الذاتية باستخدام (الصور):

صِلْ بين النقاط من 1 حتى 30 لكي تنتهي الرّسم الجميل لهذه
الدّبة الأم وصغيرها .



صديقنا أرنوب يريد أن يأكل هذه الجزرات
اللذيذة . هل تستطيع مساعدته في الوصول
إليها ؟



الفصل الخامس

نظرية الإرشاد بالواقع

Reality Counselling

- ١- مدخل
- ٢- المبادئ الأساسية للنظرية
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- نظرة الإرشاد بالواقع للشخصية
- ٥- السلوك غير المتوافق واضطراب الشخصية
- ٦- عملية الإرشاد بالواقع
- ٧- بعض فنيات الإرشاد بالواقع
- ٨- تقويم النظرية
- ٩- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

يعتبر الإرشاد بالواقع من الاتجاهات العقلانية الحديثة في الإرشاد النفسي حيث تنق هذه النظرية بقدرة المسترشد على اتخاذ القرار وحل المشكلات والتفكير الناقد. إن الهدف الرئيس للإرشاد الواقعي هو مساعدة المسترشد على الشعور بالمسؤولية من خلال مسؤوليته الشخصية ومساعدته على تحقيق الهوية الناجحة. وفضلاً عن الهدف الرئيس من المسؤولية فإن المسترشدين يضعون أهدافاً أكثر صلة بهم مثل تحسين علاقة شخصية متبادلة خاصة. ويرى "الزيود" أن المرشدين الواقعيين يحاولون أن يُعلموا المسترشدين طريقة في الحياة أو نظام العيش. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٦٨)

ونظرية الإرشاد بالواقع أسلوب إرشادي وعلاجي نشط ويعتمد على الجانب اللفظي، وهو عقلائي بدرجة كبيرة ويتجه نحو تغيير السلوك، ويعتبر إستراتيجية وقائية أكثر منها علاجية. إنه فعال جداً مع الطلاب لأنه يثق بالطلاب وقدرتهم في اتخاذ قرارات دراسية، ويركز على حل المشكلات والتفكير الناقد والمهارات الاجتماعية بدلاً من التركيز على الحقائق. وترفض هذه النظرية جبرية السلوك وترى أن الطلاب عقلائيون أحرار في قدرتهم على توجيه حياتهم.

يعتبر ويليام جلاسر (William Glasser) مؤسس هذه النظرية ومطورها. فقد ولد "جلاسر" عام ١٩٢٥ في مدينة كليفلاند (ولاية أوهايو) في الولايات المتحدة الأمريكية، وحصل على الإجازة في الهندسة الكيميائية وعلى درجة الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كليفلاند ثم تابع بحثه في الطب النفسي، حيث قضى آخر سنة من بحثه في مستشفى إدارة الأطباء المتخصصين في لوس أنجلوس حيث وجد أن مريضين قد تخرجا في

سنة واحدة وهي نسبة ضئيلة مما أدى إلى اعتراضه على برنامج العلاج النفسي التقليدي المتبع فيها وتكوين آرائه الخاصة حول العلاج الواقعي (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٢٩). وفي عام ١٩٥٧ عُرض على "جلاسر" منصب رئيس الأطباء النفسيين في مركز للفتيات الجانحات في كاليفورنيا وكانت فرصة له لينفذ أفكاره الجديدة التي طورها في مستشفى إدارة الأطباء المتخصصين، وكان برنامجه يتضمن تحميل المسؤولية للفتيات، ولم تكن أعارهن تقبل وكن يعفين من العقوبة وكانت نتائج السلوك غير المقبول تكتشف مسبقاً بشكل واضح وبالتفصيل للعواقب. وقد أعطت هذه الخطة ثمارها وبدأت الفتيات يتصرفن بمسؤولية أكبر وانخفضت نسبة الانتكاس إلى ٢٠%، وقد نفذ "جلاسر" برنامجاً مشابهاً في مستشفى إدارة الأطباء المتخصصين وكانت النتائج مذهلة وغير متوقعة حيث أصبحت نسبة التخرج تقريباً ١٠٠% خلال أربع سنوات بدلاً من تخرج مريضين مسجولين (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٥٠). وفي عام ١٩٦١ نشر جلّاسر الأشكال الأولى للعلاج الواقعي في كتابه الصحة العقلية والمرض العقلي ثم نقحت المفاهيم الواردة في هذا الكتاب ووسعت ثم أعيد طبعها في كتاب المعالجة الواقعية في عام ١٩٦٥. وبعد نشر هذا الكتاب بفترة قصيرة أسس جلّاسر مؤسسة للمعالجة الواقعية كان هدفها تدريب الأطباء النفسيين الواقعيين، ثم بدأت المدارس تطلب استشارته، وكان قادراً على أن يكيّف الممارسات والإجراءات مع المحيط التربوي في المدرسة ونتيجة لهذه الممارسات نشر كتابه "مدارس بدون فشل" عام ١٩٦٩، ثم أسس مركزاً لتدريب المربين، وفي عام ١٩٧٦ طبع جلّاسر كتابه "الإيمان الإيجابي" طور فيه فكرة مفادها: أن الأفراد يمكنهم اكتساب القوة في قدرتهم لتدبر أمور حياتهم إذا التزموا بعض السلوك الإيجابي، فالأفراد الذين يطورون إيماناً إيجابياً يبنون أقوى ويكتسبون الثقة بالنفس بعكس الأفراد الذين يطورون إيماناً

سلبياً. ثم ألف كتابه "محطات العقل" عام ١٩٨١ الذي وضع فيه أحدث ما توصل إليه. ويرى الشناوي أن فكرة العلاج بالواقع عند جلاسر أتت نتيجة لخبرته في العمل رئيساً لمجموعة من الأطباء النفسانيين في مؤسسة كاليفورنيا للفتيات الجانحات. وقد أسس في أعقاب ذلك معهد العلاج بالواقع الذي خصص لتدريب المتخصصين في الخدمات الإنسانية (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢١٧).

لقد كان المعلم الأول المباشر لجلاسر الطبيب السويسري دييوسس (Paul Dubosis) الذي طور إجراء سماه التفسير الأخلاقي الطبي الذي من شأنه أن يعلم فلسفة عن الحياة تركز على أفكار الصحة أكثر من الانشغال بالمرض. وممن كان لهم تأثير غير مباشر على جلاسر هو موهر (Mowher) والذي تحوي معالجته التكاملية بعض التفسيرات الأخلاقية، وكذلك العالم توماس سزاز (Thomas Szaz) وهو طبيب أراد أن يمحو أسطورة المرض العقلي، والعالم نورمان (Norman) وهو واعظ يؤيد القدرة على التفكير الإيجابي. وبالرغم من أن جلاسر كان يتأثر بهؤلاء العلماء وبعلماء آخرين إلا أنه يصر على أن معالجته الواقعية هي نتاج فريد ونظام مستقل (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٥٠).

تعتبر نظرية الاختيار التي صاغها جلاسر الخلفية المرجعية لنظرية العلاج بالواقع، ومنذ عام ١٩٨٢ اهتم جلاسر بتوضيح نظرية الاختيار ونشرها في كتاب مستقل "نظرية التحكم" مبيناً كيف يستطيع الناس تطبيق هذه النظرية على أنفسهم والاستفادة منها في السيطرة على واقعهم بما يتيح لهم فرصاً أفضل للإشباع. وفي عام ١٩٩٦ قام جلاسر بتغيير مسمى النظرية من نظرية التحكم إلى نظرية الاختيار، التي لاقى اهتماماً كبيراً وتطبيقاً على مشكلات متنوعة باعتبارها تفسر السلوك الإنساني وتمثل الخلفية المرجعية لواحدة من أهم طرق

الإرشاد والعلاج النفسي، ألا وهي طريقة العلاج الواقعي. (الرشدي، ١٩٩٩، ص ٢٨)

ثانياً: المبادئ الأساسية لنظرية الإرشاد بالواقع

١- المسؤولية (Responsibility):

عرّف جلاسر المسؤولية بأنها القدرة على تلبية الفرد لحاجاته والقدرة على القيام بهذا الأمر بطريقة لا تحرم الآخرين من القدرة على تحقيق حاجاتهم والمعالجون الواقعيون يجعلون المسؤولية بمثابة الصحة النفسية (الزويد، ١٩٩٨، ص ٣٥٥). ويرى أن الصحة النفسية لا تؤدي إلى السلوك المسؤول وإنما هو الذي ينتج عنه الصحة النفسية وبالمثل فإن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسؤولية وليس سبباً لها. ويؤكد جلاسر على أهمية مفهوم المسؤولية في مناقشة الأطفال حيث يجب على أن نعمل لنجعلهم يفهمون أنهم مسؤولون عن الوفاء بحاجاتهم وعن السلوك بهذا الشكل لكي يمكنهم أن يكسبوا هوية الناح.

٢- الهوية (Identity):

ترى نظرية الإرشاد بالواقع أن كل الناس يحب أن يوجدوا شعوراً كما يكونون، إن عليهم أن يتعرفوا على أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم أهمية واستقلالية وفردية وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة الأساسية اصطلاح الهوية والتي تعتبر أساسية مثل أي حاجة فيزيولوجية للطعام والماء والهواء إنها المطلب الوحيد لكل البشر. واعتبر جلاسر الهوية أنها أعلى حاجة نفسية للشخص وهي مبنية في النظام البيولوجي للشخص منذ مولده وإن الهوية التي كونها الشخص ليس بالضرورة أن تكون مستديمة، فالهويات يمكن تغييرها ولكن فقط عن طريق تغيير السلوك بطريقة يمكن منها إشباع الحاجة للحب إلى

الأهمية وعملية إشباع الحاجات عن طريق تغيير السلوك يمكن تحقيقها بالقيام بما يمثل المسؤولية والواقع والحق (علم صحيح) وقد رمز جلاسر لهذه الجوانب الثلاثة بـ 3RS. ويميز جلاسر بين نوعين من الهويات: هوية النجاح وهوية الفشل.

أ - هوية النجاح:

التي تشير إلى أن الفرد يعرف نفسه أو يرى نفسه على أنه ماهر ومقتدر وله أهمية وكذلك له القدرة في التأثير على بيئته والثقة في حكم حياته.

ب - هوية الفشل:

وهي تلك الهوية التي يكونها أولئك الأشخاص الذين لم يكونوا علاقات وثيقة مع الآخرين، والذين لا يتصرفون بمسؤولية والذين يشعرون بالقنوط وعدم الأهمية. - ولكي تحقق هوية النجاح لا بد من الوفاء بحاجتين أساسيتين:

أ - الحاجة لتبادل الحب: أن يحب وأن يُحب.

ب - الحاجة إلى الشعور بالأهمية.

ويتطلب إشباع هاتين الحاجتين الاندماج مع الآخرين، وفي الواقع إن الاندماج هو الطريق الوحيد لهوية النجاح إنه كما يصفه جلاسر الجزء المكمل للكائن، وهو القوة الداخلية الحافزة التي تحكم كل السلوك. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢١٩). إن الحاجة لأن نحب وأن نكون محبوبين أمر هام من وجهة نظر جلاسر لدرجة أنه يعتبرها ضرورة مستمرة طوال الحياة بحيث تدفع الناس إلى أن يبحثوا عن الاندماج مع الآخرين، والحد الأدنى للوفاء بهذه الحاجة هو أن يكون هناك شخص واحد على الأقل نحبه وبيادلنا الحب ويرى أنه إذا نجح شخص في إعطاء واستقبال الحب واستطاع أن يفعل ذلك باتساق في مدى حياته فإننا نعتبره بدرجة ما ناجحاً. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٢٠). ولكن

الشخص سواء كان محبوباً أم لا، لابد من أن يلتزم بمستوى مرض من السلوك حتى يشعر بقيمته، وهذا يتطلب تصحيح سلوكه عندما يكون خاطئاً وإعطاء الثقة لنفسه عندما يكون على صواب. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٥٨). وبهذا نجد أن جلاسر يركز على السلوك أكثر من المشاعر ولذا فهو يعتبر الحب سلوكاً يقوم به الناس وليس انفعالاً فقط، أي أنه يحدد الحب في إطار سلوكي وليس في إطار انفعالي فقط.

٣- الواقع (Reality):

هو العالم الحقيقي إذ إنه يتضمن السلوك الحالي للفرد، ويركز جلاسر على السلوك الراهن باعتباره جزءاً من الواقع ولهذا يمكن أن يحدث للسلوك تغيير قبل المشاعر (الأقل ملامسة) لأنه من الحقائق المشاهدة في الواقع، كما أنه ليس بوسعنا أن نغير الماضي ومحاولات فهمه تجعلنا نبتعد عن واقع الحاضر، وعلى ذلك يمكن النظر إلى المرض النفسي الذي يعاني منه الناس من خلال الطريقة التي يختارونها لإنكار الواقع.

٤- الصح - الحق (Right):

يعتقد جلاسر أن هناك مقياساً أو معياراً مقبولاً ومتفقاً عليه تقريباً يُقاس به السلوك، ويعتبر السلوك صحيحاً إن كان يفي بهذا المقياس ويعتبر خطأ إن لم يفي به. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٥٥). وإن الأخلاقيات والمثل والقيم أو الصحيح والخطأ من السلوك ترتبط ارتباطاً كبيراً بحاجتنا للأهمية الذاتية، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأحكام القيمية التي يمر بها الأفراد حول سلوكيات معينة قد تزودهم بالرغبة في تغيير هذه السلوكيات. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٢٣).

ثالثاً: أهداف نظرية الإرشاد بالواقع

يعتبر الاندماج مفهوماً هاماً في هذه النظرية، ولكنه ليس هدفاً في الإرشاد بالواقع، وإنما هو وسيلة يمكن من خلالها تحقيق الأهداف العلاجية. أما أهداف هذه النظرية فتتلخص في مساعدة المسترشدّين على تحمل المسؤولية الشخصية والتي تعني القدرة على التصرف بطرق تحقق حاجات الفرد لتكوين هوية النجاح. فالمسترشد إذا كان حزيناً أو قلقاً أو خائفاً فإن عليه أن يربط مشاعره بما هو فاعله الآن وتقرير فيما إذا كان سلوكه مسؤولاً، وما من أحد يستطيع مساعدة المريض لأن يشعر بصورة أفضل بل يمكن مساعدته لأن يعمل بصورة أفضل، وهذا يعني أن يعيش حياة أكثر مسؤولية.

وانتقد جلاسر بشدة وجهة النظر التقليدية التي تقول بأن انعدام السعادة (التعاسة) سبب الانحراف... ويرى أن التعاسة لا تولّد في الأحداث الانغماس في النشاط المنحرف، إنما الذي يولد فيهم ذلك هو المشاعر التي يعايشونها عندما يتصرفون بطريقة غير مسؤولة. ويضيف أن المشاعر والاتجاهات تنمو من سلوك الفرد وليس العكس، وبنفس المنطلق فإن الهوية - هي اتجاه من الفرد حول ذاته - إنما هي نتيجة تتولد عن سلوك الفرد ولا يمكن التعامل معها بمعزل عن السلوك. فلكي يغير الناس هويتهم يكون عليهم أولاً أن يغيروا سلوكهم ونتيجة لذلك يمكن القول بأن الوصول بالفرد إلى السلوك المسؤول يعتبر هو غاية الإرشاد أو الهدف الشامل له (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣١).

يساعد المرشد المسترشد على أن يجري تقويماً لسلوكه الراهن وأن يعلمه طريقة للحياة، ويتضمن ذلك مساعدته على أن يتعلم مهارات عامة ومعرفية للمواجهة بدلاً من الاقتصار على تغيير السلوك غير المتكيف. وبذلك يصبح الهدف العريض للعلاج بالواقع مساعدة المسترشد على تطوير "تسق أو طريقة

للحياة" تساعد الشخص على أن يصبح ناجحاً في معظم محاولاته وجهوده. (Glasser, W. & Zunin, L. 1973) نقلاً عن (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٢).

رابعاً: نظرة الإرشاد الواقعي للشخصية

تنمو الشخصية وتتطور من خلال تلبية الفرد لحاجاته الأساسية، فالأفراد الذين يتعلمون كيف يحققون حاجاتهم ويتطورون تطوراً طبيعياً ويعطون لأنفسهم الهوية الناجحة، أما أولئك الذين لا يستطيعون أن يلبوا حاجاتهم الأساسية فيصبحون غير مسؤولين ويعطون لأنفسهم صفة الفشل. وهذا التطور للشخصية يحدث من خلال الانخراط مع الآخرين، حيث يرى جلاسر أن تطور الشخصية لا يحدث على مراحل، ولكنه يؤكد على أهمية المرحلتين في حياة الطفل من (٢-٥) و (٥-١٠) سنوات بسبب الارتباط الأولي بالمدرسة. وتقع على الوالدين مهمة تعليم المهارات الضرورية وتحمل المسؤولية من خلال الانضباط الصحيح، أي إجبارهم على الأحكام المنطقية في أسلوب متواصل ومتزن ويجب الابتعاد عن العقاب كلياً. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٥٨ - ٣٥٩). وكذلك ينبغي على الوالدين أن يندمجوا مع أطفالهم، لأن الاندماج يكون علاقة عاطفية دافئة يشعر فيها الطفل أنه محبوب لذاته. ويرى جلاسر أن الفشل في الاندماج مع الآخرين يولد دائرة فشل ويقود إلى المخاوف وتعاطي الكحول والميل إلى الانتحار والاكتئاب وعدم تحمل المسؤولية والكبت والسلوك الاجتماعي والعزلة. (العزة، ٢٠٠٠، ص ١٨١).

ويأتي دور المدرسة التي يدخل إليها الطالب في عمر (٥ - ١٠) سنوات ويشبع حاجاته ويكتسب المهارات التي تشبع هذه الحاجات، ويؤكد جلاسر على ضرورة الاندماج بين المعلمين والتلاميذ وأن يكون التعليم مناسباً لتزويد

التلاميذ بخبرات النجاح. وأن يرمم المعلمون ما حدث من ضعف في تعليم الأبوين أو في الفرص التي أتاحوها لهم في الأسرة، وتوفير الخبرات الإيجابية لتكوين هوية النجاح عند التلاميذ.

وتتضح نظرة جلاسر الإيجابية للشخصية من طريقة التعليم، فأنظمة التعليم التقليدية تعاملت مع المتعلم على أنه وعاء فارغ وعلى المعلم العارف بالعلوم أن يُفرغ في هذا الوعاء الحقائق والأرقام والمفاهيم. حيث يركز المعلمون على الذاكرة وعلى المعرفة بالحقائق بينما يقللون من استخدام أساليب حل المشكلات والتفكير الناقد ومدى ملاءمة المادة التعليمية للطالب، ويعتمد هذا الأسلوب على المعلم أكثر من اعتماده على جهد الطالب. وعلى النقيض من ذلك فإن جلاسر يثق بشكل كبير في قدرة الطلاب على تحديد ملاءمة خبراتهم التعليمية والمساعدة في اتخاذ قرارات جيدة حول المناهج والنظم الخاصة بمدارسهم. كما يركز على حل المشكلات والتفكير الناقد والمهارات الاجتماعية بدلاً من التركيز على الحقائق. كما ينظر إلى المعلم على أنه ميسر أو مستقطب حيث يعمل على جذب طاقة التعلم التي يجيء بها الطالب معه إلى حجرة الدراسة وترفض طريقة جلاسر هذه وجهة النظر الجبرية للسلوك وتفترض أن الطلاب عقلانيون ولديهم الطاقة الاستكشافية للتعلم والنمو والاستفادة منها. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣١٧ - ٣١٨).

ويرى جلاسر أن كل شخص قادر على توجيه حياته واتخاذ قراره، وأن تصرفاته تحدد شخصيته. ويلخص جلاسر وجهة نظره المضادة للجبرية والمتصفة بالنظرة الإيجابية للناس والتي تضع مسؤولية سلوك الناس وانفعالاتهم عليهم أنفسهم فيقول: "إننا نعتقد أن كل فرد لديه قوة للصحة وللنمو، وأن الناس في الأساس يريدون أن يكونوا مسرورين وأن يحققوا هوية نجاح،

وأن يظهر أو سلوكاً مسؤولاً وأن تكون لديهم علاقات شخصية ذات معنى".
(الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢١٨).

خامساً: السلوك غير المتوافق واضطراب الشخصية

إن الأساس النظري الذي وضعه جلاسر هو أن الفرد منذ صغره يحمل في نفسه حاجات أساسية يسعى لإرضائها وأهم هذه الحاجات أن يحب إنساناً آخر غير نفسه، وأن ينال مثل ذلك الحب من شخص آخر ونقطة الابتداء في إرضاء هذه الحاجات بشقيها هي علاقة الطفل بوالديه، غير أن الفرد يسعى طوال حياته لسد هذه الحاجة. ومن الواضح أن المقدرة على تحقيق ذلك تتفاوت بين فرد وآخر... ومن الواضح أيضاً أنه كلما قلت حاجات الفرد زادت إمكانية تحقيقها، وكلما استطاع أن يسلك سلوكاً طبيعياً يحيا حياة مرضية، وبأنه كلما زادت حاجات الفرد صعب تحقيقها، وبذلك تزداد إمكانية ملاقة الفشل في ذلك، وعندما يصادف الإنسان مثل هذا الفشل فإن ما يمكن أن يحدث في نفسه هو تكون الشعور بأن بعض نواحي الحياة التي تتوفر فيها الحاجات والتي فشل في تحقيقها هي غير موجودة بالفعل... وهو بهذا يحجب جزءاً من الواقع. وبسبب شعوره بالفشل فإن الألم والمعاناة تجد طريقها إلى نفسه، وهذا يدفعه إلى تكوين بعض المظاهر السلوكية التي قد يكون في ممارستها ما يخفف من شدة معاناته. وقد يأتي هذا السلوك بشكل غير مسؤول كأن يسعى الفرد إلى حرمان غيره من إمكانية تحقيق حاجاتهم وبهذا الحرمان فإن السلوك الجديد يكتسب الصفة الأخلاقية لمناهضته للصيغ الاجتماعية في التعامل والذي يحدث بالفعل في حياتنا هو أن الفرد يتعلم قواعد السلوك المسؤول من علاقته مع والديه بما في ذلك ما يدرسه الطفل من معاني الحب حتى في عملية تأديبه بما يتلاءم مع الواقع. (كمال، ١٩٩٤، ص ٣٦٢).

ويرى جلاسر أن الناس عندما يعجزون عن إشباع إحدى الحاجتين الأساسيتين: الحب والأهمية، أو إشباع الحاجتين كليهما فإنهم يُعاشون الألم النفسي (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٢٧). والألم يشير إلى مشكلة ويدفع الإنسان لمواجهته بالتخفيف منه أو إزالته من خلال الاندماج بالآخرين، ويقول جلاسر في هذا المجال: "إنني أعتقد أن كل حالة يجري تشخيصها نفسياً هي مثال للاندماج مع الأفكار الشخصية أو السلوك أو الأعراض أو الانفعالات أو مجموعة منها." (Glasser, 1965, p. 47) نقلاً عن (الشناري، ١٩٩٤، ص ٢٢٨).

ويقول جلاسر في تفسير أسلوبه العلاجي بأن الأمراض النفسية هي نتيجة لعدم مقدرة الفرد على تحقيق حاجاته، وبأن الذين يعانون من هذه الأمراض تجمعهم خاصية واحدة وهي إنكارهم لواقع العالم من حولهم. وإن الفرد لا يقوم بعمل غير مسؤول لأنه مريض وإنما هو مريض لأنه لا يقوم بعمل مسؤول. ويحدد جلاسر في كتابه نظرية التحكم (Glasser, 1984) حاجات الإنسان الأساسية في خمس حاجات هي:

- حاجات البقاء
- الحاجة إلى القوة
- الحاجة إلى الانتماء
- الحاجة إلى الحرية
- الحاجة إلى المتعة

وسنحاول توضيح هذه الحاجات بشيء من التفصيل مشيرين إلى أن عدم إشباع الحاجة يؤدي إلى التوتر وعدم التوازن الداخلي. وبإشباع الحاجة يزول

التوتر ويستعيد الفرد توازنه. فالحاجة حالة من النقص والعوز واختلال التوازن يرافقها توتر وضيق ناجمان عن عدم إشباع الحاجة، يتبعه سلوك وظيفي يتجه نحو هدف يترتب على تحقيقه إعادة حالة التوازن بعد خفض التوتر.

١- حاجات البقاء:

وهي مجموعة من الحاجات البيولوجية التي تضمن بقاء الإنسان وأهمها الماء والطعام والنوم والجنس والإخراج وغيرها. وكما هو معلوم فإن مصدر سلوك الإنسان عوامل (محركات) داخلية وعوامل خارجية. والسلوك هو محصلة تفاعل العوامل الداخلية مع العوامل الخارجية. وعندما ترتبط المحركات الداخلية بهدف يتعلق بغايات تأمين بقاء الإنسان أو استمرار النوع البشري أو الحفاظ على الجماعة نسميها دافعاً. ويمتاز الإنسان عن الحيوان بأنه يستطيع أن يطور دوافعه ويصعدها.

ينشأ دافع العطش مثلاً نتيجة نقص الماء في أنسجة الجسم، ويشعر الإنسان بجفاف في الحلق والفم، فيلجأ إلى شرب كمية من الماء لإشباع هذا الدافع. وبالنسبة لدافع الجوع نجد أن نقص المواد الغذائية في الجسم يحدث حالة من التوتر نتيجة تقلص جدران المعدة، فيشعر الإنسان بالرغبة في الأكل. ويشمل دافع الجوع دوافع فرعية تتمثل بتناول أنواع معينة من الطعام لحاجة الجسم إليها أو لمذاقها. ويرتبط تحقيق دافع الجوع بعادات ونظم وعلاقات اجتماعية.

وتتمثل الحاجة إلى الجنس وإشباعها وسيلة لبقاء النوع، حيث يقوم هذا النشاط بدور حيوي في حياة الفرد. ويتم تصعيد الدافع الجنسي عند الإنسان ليصبح حباً، ويخضع تحقيق الدافع الجنسي لطقوس وعادات اجتماعية تنظم هذا الدافع.

٢- الحاجة إلى القوة:

تتضمن القوة معاني السلطة والسيطرة والتحكم في البيئة والتأثير في سلوك الآخرين وفرض الإرادة. وتتعدد مقومات القوة، فقد تكون جسمية أو اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية أو ثقافية... وتفسر الحاجة إلى القوة الكثير من سلوك الإنسان، ويرى بعض الباحثين أن القوة من أجل النمو من أهم النماذج التي تفسر الشخصية، وأن الإنسان يكمن في داخله دافع إلى النمو، أي إلى القوة، وعندما نتاح له الفرصة، أو عندما يتيح هو الفرصة المناسبة، فإنه سوف يعبر عن صفات متقدمة مثل التفكير والإبداع والغيرة وتحقيق الذات (لازاروس، ١٩٩٣) نقلاً عن (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٣٨). ويتم التعبير عن القوة أيضاً من خلال التغلب على الصعوبات ومنافسة الآخرين، والعوانية والسعي لتحقيق الذات والدفاع عنها، والتحكم بالآخرين والتأثير في سلوكهم، كما يمكن إشباع الحاجة إلى القوة من خلال مساعدة الآخرين على إشباع حاجاتهم.

٣- الحاجة إلى الانتماء:

التي تعني حاجة الفرد للانتساب إلى جماعة معينة كالأسرة أو الوطن أو النادي... وبهذا الانتماء يكون الفرد عضواً في هذه الجماعة له حقوق وعليه واجبات، ويخضع سلوكه لقيم الجماعة ومعاييرها، ويتبادل مع أفرادها الحب والاحترام والتعاون وتبادل المصالح والتفاعل مع الآخرين. وتزداد حاجة الفرد للانتماء وقت الأزمات حيث تزداد حاجته للأمن والحماية. وبدون إشباع حاجة الانتماء يصبح الفرد قلقاً وحزيناً ومعزولاً.

٤- الحاجة إلى الحرية:

يحتاج الفرد إلى تحرير طاقاته واستعداداته وتوفير الظروف لانطلاق مواهبه، والتخلص من المعوقات والتقييد. وقد ذهب بعضهم إلى اعتبار الحرية

نزوع الإرادة نحو الواقع وقدرة الذات على اكتساب صفة الواقعية، فالإنسان يكون حراً بقدر ما ينتجه فكره نحو الواقع، وبقدر ما يحقق رغبة الإرادة في أن تتحول إلى شيء واقعي. (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٤٣). وقد عبّر الفيلسوف الأميركي (هوكنج) عن هذه الفكرة بقوله: "إن إرادة الواقع لا تتفصل عن إرادة الحرية شريطة أن نفهم إرادة الواقع على أنها تلك الإرادة التي ترمي إلى الاندماج في الواقعية الكاملة حتى تسجل نفسها في الواقع بمقتضى اختيار أصيل لتثبت ذاتها أو تنكرها" (إبراهيم، ١٩٧٢، ص ٥٥).

ترتبط الحرية من الناحية النفسية بتقبل الذات وتقبل الحياة، ويتضمن هذا التقبل حرية الفرد في الاختيار بين العمل على تعزيز الإيجابيات وتقليص السلبيات، أو التواكل والتسليم بما هو موجود. ويرى جلاسر أن الحاجة إلى الحرية أساسية لبني البشر، والدليل على ذلك أن بعض الناس يتعرض للمخاطر وقد يضحي بحياته في سبيل الحصول على الحرية. (Glasser, 1984, p. 12). ولابد من الإشارة هنا إلى أن بعضهم يعتقد بأنه حر في كل تصرف، وهذا غير واقعي. فالحرية في تناول المخدرات مثلاً، أو إتباع سلوك منحرف لا يقع تحت الحاجة إلى الحرية، حيث لا بد هنا من تطبيق القانون وفرض العقوبة الرادعة.

٥- الحاجة إلى المتعة:

تشتمل هذه الحاجة على كل نشاط حر يقوم به الإنسان بهدف الاستمتاع، وقد يظهر هذا النشاط في ممارسة بعض الهوايات التي تنشط الجسم والعقل، مثل ممارسة الرياضة المحببة للإنسان، أو القيام بالرحلات، أو لعب الشطرنج، أو الضحك. وقد ذكر الرشيدي أن عدداً كبيراً من الباحثين يرى أن الضحك من أخص خصائص الوجود البشري. ويصفون الإنسان بأنه "حيوان ضاحك"

(الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٤٨). ونشير هنا إلى أن الحيوان قد يضحكنا لشبه فيه بالإنسان أو للطابع الذي يضيفه عليه الإنسان، أو للغرض الذي يستعمله فيه الإنسان. كما نشير إلى أن موقفاً معيناً يضحكنا إذا انتسب في الوقت ذاته إلى سلسلتين من الحوادث مستقلتين استقلالاً مطلقاً، وأمكن تفسيرهما في وقت واحد بمعنيين متغايرين كل التغاير. كما يكون شيء ما مضحكاً عندما يكون بين السبب والنتيجة عدم انسجام. ومهما كانت العوامل التي تؤدي إلى الضحك عند الإنسان، فإن الضحك يجلب السعادة والمتعة للإنسان ومن خلاله يتم تفريغ الطاقة العصبية الزائدة عند الإنسان والذي يؤدي إلى تخفيف التوتر الناشئ عن ضغوط الحياة وما أكثرها في حياتنا المعاصرة.

وهكذا ينظر جلاسر إلى حاجات الإنسان الأساسية التي تمثل رغبة الفرد في الحياة والنمو والسعادة في واقع معاش. والتي تبدو وكأنها عامة عند الناس جميعهم، ولكن صور تلبيةها تختلف من فرد لآخر ومن وقت لآخر. وإن مجموعة الصور تتضمن كل ما يعرفه الفرد بشأن إشباع حاجاته (Glasser, 1984, p. 20). فعند الإحساس بالخطر يعرف الفرد أنه يتعين عليه اتخاذ إجراء معين لتفادي الخطر، وعند الإحساس بالبرد يعرف الفرد أنه يتعين عليه ارتداء الملابس الثقيلة... وهكذا. وهذه المعرفة تشكل ما يعرف بمجموعة الصور، وكل معرفة تسمى صورة، وهناك صور متعددة يختار منها الفرد الصور التي تلائم الموقف، ففي حالة الجوع يختار صورة تناول الطعام، وفي حالة العطش يختار صورة شرب الماء... وهكذا (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٩٩). إن هذه الصور تشبع حاجات الفرد المختلفة، والحاجة التي لم تشبع على نحو جيد تدفع الفرد للبحث عن صورة تشبعها.

ويرى جلاسر أن مجموعة الصور الموجودة في عقل الفرد تتميز بمجموعة خصائص أهمها:

١- التباين:

يختلف الناس من حيث الصور التي يحملها كل منهم في عقله. وهذا يفسر عدم وجود شخصيتين متطابقتين في أسلوب الحياة، حتى في الأسرة الواحدة. وهذا يفسر التباين في شدة كل حاجة لدى الناس.

٢- الثبات:

تتسم مجموعة الصور لدى الفرد بالثبات النسبي، فليس من السهل على الفرد تغيير مجموعة الصور في عقله. وإن إقناع الآخرين بتغيير مجموعة صورهم يكون صعباً ويتطلب وقتاً وجهداً من خلال الحوار والتفاهم والاتفاق.

٣- الصراع:

يقوم التصارع في شخصية الفرد بين الصور القديمة والصور الجديدة، فالزوج الذي لديه صورة عن نفسه كزوج مخلص لزوجته الأولى، ولكنه يشعر بالتعاسة لأنه تركها وتزوج بأخرى أعجبهته، وهو يحاول أن يبحث عن حياة أفضل مع زوجته الجديدة، فيتصرف بمسؤولية ولباقة معها حتى تستفيد هي من هذه الصورة التي لديه عن نفسه.

٤- الوضوح والتجدد:

تحتوي مجموعة الصور الموجودة في عقل الفرد على صور محددة وواضحة لتلبية حاجات الفرد. كما تتجدد هذه الصور ويتم إثرائها وتقويتها باستمرار، وقد يبحث الفرد عن صورة جديدة تكون أكثر فعالية في إشباع الحاجة لتحل محل صور قديمة.

تتضمن مجموعة الصور، العالم الذي يحب الفرد أن يعيش فيه، حيث يتم تحقيق رغباته بطريقة أو بأخرى. فمجموعة الصور لدى محب السفر تتضمن صوراً رائعة عن السفر والترحال. كما أن مجموعة الصور لدى مدمن المخدرات تتضمن صوراً رائعة عن هذه المخدرات. في حين يرى الآخرون أن مدمن المخدرات يدمر ذاته، يرى المدمن أن هذا يشبع حاجته. وبالتالي لا يمكن تغيير سلوك المدمن ما لم يتم تغيير صورة المخدرات لديه. (Glasser, 1984, pp. 18- 30). وبالتالي فإن علاج هذا المدمن يتطلب تغيير صورة المخدرات في مجموعة الصور لديه، أي تغيير صورة المخدرات من كونها مشبعة، إلى كونها مدمرة.

يرى جلاسز وزينين: "أن الذين يتجاهلون الواقع إنما هم أشخاص نعتقد أنهم على وعي بالعالم الواقعي، ولكنهم يختارون بدلاً من أن يلامسوا هذا الواقع أن ينكروا أو يطمسوا هذا الواقع في عقولهم. كما أن الأفراد الذين يشار إليهم على أنهم منحرفون أو مجرمون أعداء المجتمع أو مضطربون شخصياً إلى آخر هذه المسميات، إنما هم أساساً أولئك الذين يضادون المجتمع ويختارون أن يخرقوا النظم والقوانين الخاصة به متجاهلين بذلك الواقع" (نقلاً عن الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٠). ويدعو جلاسز إلى ضرورة فتح آفاق المريض والتحدث في آفاق جديدة لكي يصبح واعياً للحياة وراء الصعوبات التي يعانيتها. ويرى بأن على الفرد الذي تجري معالجته أن يرتبط مع غيره وعلى الأقل مع فرد آخر وذلك أنه إذا استطاع الإقرار بوجود شخص واحد والتعامل معه بواقعية وباهتمام فإنه لن يبقى معزولاً، وفي ذلك مفتاح تحقيق حاجته ويقول "إن مجال الأمراض النفسية يجب أن يوجه اهتمامه نحو حاجتين

نفسيتين، الحاجة لأن يحب الفرد أحداً وأن يكون محبوباً من الغير، والحاجة الثانية هي الشعور بأننا مهتمون بأنفسنا وبالآخرين. والمشكلة كما يراها جلاسر تكمن في أن يتمكن الناس من مواجهة حاجاتهم بواقعية، وهذا يعني أيضاً بأن عليهم أن يتوجهوا بشعور من المسؤولية، فعادة الفرد في الانهزام من المسؤولية لها أن تؤدي إلى حالة من العجز الكامل على تحقيق الحاجات. (كمال، ١٩٩٤، ص ٣٦٣).

ويعتقد المعالجون الواقعيون بأنه من الممكن تغيير السلوك غير المتوافق للفرد وأن الفرد قادر على الاندماج مع الآخرين إذا أراد ذلك وخاصة بعد اختباره أن لا فائدة من إنكاره للواقع الذي يعيشه والالتفاف حول ذاته فقط في التخفيف من آلامه، وحتى يقوم بعملية التغيير في سلوكه لابد له من أن يطلب الإرشاد ويبحث عنه وبالتالي إحداث التغيير المطلوب في الشخصية وسلوكها. وعلى المرشد أثناء عملية الإرشاد أن يوضح للمسترشد بأن الإرشاد لا يجعل الناس سعداء وإنما الذي يجعلهم سعداء هو السلوك المسؤول ورغبتهم في مواجهة الواقع وتحملهم المسؤولية بأنفسهم.

كما يعتبر جلاسر أن هناك مرضى ومجرمين لديهم قدر ضئيل من الأخلاق والضمير (وليس زيادة)، وأن العصائيين والذهانيين والمجرمين يعانون من اضطرابات في خلقهم وتصرفاتهم، ويكون العلاج مزيداً من النضج والضمير والمسؤولية. كما أن الأطباء النفسيين أنتجوا جيلاً من الأطفال يكرهون آباءهم، حيث الافتراض في التحليل النفسي أن الأعصاب تنشأ بسبب الإفراط في تدريب الأطفال من قبل آبائهم أو معلمهم عوضاً عن أن يصبح الأطفال أكثر نضجاً ومسؤولية، وهذه الفلسفة دفعت بالأطفال إلى الجنوح والتحدي ورفض الآباء والسلطة. ونؤكد على رأي جلاسر في هذا المجال بأن

الناس لا يسلكون بطريقة غير مسؤولة لأنهم مرضى، بل إنهم مرضى لأنهم يسلكون بطريقة غير سوية وغير مسؤولة. كما أن معظم المرضى ينكرون الواقع وقواعد المجتمع إنكاراً كلياً أو جزئياً، ويهربون من الواقع عن طريق تجنب المخاوف أو الانتحار، والعلاج هنا هو إدراك الواقع الموجود وإشباع الحاجات في إطار هذا الواقع.

يؤكد جلاسر أن طريقته في العلاج يمكن استخدامها لكل حالات الاضطراب النفسية والعقلية حيث ينظر إلى الاضطرابات على أنها صورة من صور الهروب من الواقع أو تشويش الواقع أو إنكاره، إلا أن أكثر استخدامات هذه الطريقة تكون مع المؤسسات والحالات التي عمل معها جلاسر ومن خلال عمله معها استنبط طريقته وهي المؤسسات التعليمية والمؤسسات الإصلاحية. ويرى جلاسر أيضاً "أن المعالجة هي نوع من إعادة التربية الأبوية الأصلية، فالمعالج يفعل ما يجب أن يفعله الأبوان" (الزبيد، ١٩٩٨، ص ٣٦٢).

ويمكن القول أن أكثر مجالات استخدام الإرشاد بالواقع هو في المدرسة حيث يمكن للمرشد النفسي أن يستخدم هذا النوع من الإرشاد في معالجة مشكلات الطلاب سواء كانت مشكلات انفعالية أم سلوكية مثل: الخجل والقلق والعدوان واضطراب العادات وحالات التأخر الدراسي وغيرها، كذلك في مجال المؤسسات الإصلاحية مثل مؤسسات رعاية وتأهيل الأحداث الجانحين والأيتام وغيرها. ويمكن استخدامها في إرشاد الشباب والمسنين والمعوقين وغيرهم.

سادساً: عملية الإرشاد بالواقع

ينظر الإرشاد بالواقع إلى الإرشاد على أنه عملية تعليمية تركز على وجود حوار منطقي بين المسترشدين والمرشد. ومن هنا فإن المرشد يمكنه أن ينشط من الناحية الكلامية ويسأل العديد من الأسئلة حول الموقف الذي أهنه لحياة

المسترشد، حيث يساعده توجيه الأسئلة خلال عملية الإرشاد أن يصبح واعياً بسلوكه وأن يصدر أحكاماً تقويمية وأن يبني خططاً للتغيير. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٢). وهناك مجموعة من القواعد العامة التي تساعد المرشد في عمله عندما يعمل بطريقة العلاج بالواقع وقد حددها جلاسر في نظريته تبعاً للتسلسل الذي تتم فيه عادة في العمل مع حالات الإرشاد (العلاج) النفسي، وهذه القواعد هي:

١- الاندماج (العلاقة الشخصية)

٢- التركيز على السلوك أكثر من التركيز على المشاعر

٣- التركيز على الحاضر

٤- الحكم على السلوك

٥- التخطيط

٦- الالتزام

٧- لا أذار

٨- استبعاد العقوبة

٩- عدم الاستسلام

القاعدة الأولى: الاندماج (العلاقة الشخصية)

إن مبدأ الاندماج (Involvement) في العلاج الواقعي مشابه لمبدأ التعاطف (Empathy) في العلاج الذي يركز على الفرد، فالخطوة الأولى في العلاج هي تكوين الصداقة مع المسترشد وخلق الاتصال الذي سيكون الأساس في العلاقة الإرشادية، وهي مرحلة أكثر أهمية وإلحاحاً في العلاج. فبغيا ب الاندماج يصبح العلاج أقل فعالية وعندما يكون العلاج كذلك فإن ذلك يكون

بسبب عدم وجود الاندماج الصادق الذي يمكن أن يبني الثقة الضرورية اللازمة لدى المسترشد، وحتى يحصل الاندماج يجب على المرشد أن يتحلى بصفات شخصية مثل الاهتمام والفهم والتقبل والاحترام والاستماع للمسترشد. (الزبود، ١٩٩٨، ٣٦٢). وإن مقدرة المعالج على الاندماج هي المهارة الرئيسية هي عملية المعالجة الواقعية في البيئة المدرسية، فالاندماج يعني أن المدرسة هي المكان الذي يريد الطالب أن يكون فيه. ولا بد من الإشارة إلى أن اليأس قد يهدم الاندماج ويسيره إلى قيمة اعتبار الذات لدى المسترشد ونقل من البدائل المتاحة أمامه. (العزة، ١٩٩٩، ص ١٦٤)

القاعدة الثانية: التركيز على السلوك أكثر من التركيز على المشاعر

لا يستطيع أحد أن يكتسب هوية النجاح دون أن يكون واعياً لسلوكه، وعندما يعتقد شخص بأن المشاعر أكثر أهمية من السلوك فإنه سيجد صعوبة في تحقيق هوية النجاح. ويرى جلاسراً خطأ المقولة الشائعة: عندما أشعر بأنني أحسن فإنني أتصرف بطريقة أفضل لأن المشاعر والسلوك يتداخل بعضها مع بعض وتتبادل التعزيز، وهي ظاهرة دائرية، فعندما يشعر الإنسان بأنه أحسن فعلاً يقوم بأشياء أكثر إيجابية، وعندما يعمل أكثر فإنه يشعر بأنه أحسن وهكذا وعندما نتم العمل فإننا نشعر أننا أفضل، ولكن أيضاً عندما نشعر بأننا أفضل فإننا نقوم بعمل أكثر ومن السهل أن نؤثر في هذه الحلقة المفرغة في مستوى العمل والتصرفات (السلوك) عنه في مستوى المشاعر والأحاسيس أي أننا لا نستطيع دائماً أن نأمر أنفسنا بأن نشعر بطريقة أو بشكل أفضل وإنما نستطيع أن نأمرها أن تقوم بأعمال وتصرفات أفضل مما يجعلنا نشعر بأننا أفضل.

ويقوم العلاج بالواقع على فكرة مفادها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم وأن بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بسهولة أكثر

من أن يضبطوا تفكيرهم وشعورهم، ولذلك فإن المعالج بالواقع يهتم بالتركيز على الملوك، لا يعني ذلك بأن المشاعر ليست هامة. وإذا كان بعض الناس يتصرفون إزاء البعض الآخر بطريقة واعية مسؤولة فإنه ينتج عن ذلك بشكل غير مباشر أن تتكون مشاعر طيبة ترتبط بهذه العلاقة. فالمشاعر الطيبة تعتبر مؤشراً على وجود علاقة طيبة، فالمريض أو المسترشد حين يأتي للعلاج لا يقول للمرشد أخبرني ماذا أشعر به وإنما يقول أخبرني ماذا أفعل؟. (الشناوي، ١٩٧٤، ص ٢٣٤-٢٣٥) (مليكه، ١٩٩٤، ص ٥٨).

القاعدة الثالثة: التركيز على الحاضر

يتعامل المرشد النفسي في العلاج بالواقع مع ما يجري في الوقت الحاضر في حياة المسترشد على أساس أن الماضي قد تم تثبيته ولا يمكن تغييره، أما الذي يمكن تغييره فهو الحاضر المباشر وكما هو الموقف بالنسبة للمشاعر يكون موقفنا بالنسبة للتعامل مع الماضي، فعلى الرغم من أن محور التركيز في العلاج بالواقع هو الحاضر فإننا عند مناقشة الماضي نحاول أن نربطه دائماً بالسلوك الراهن فإذا تحدث المسترشد على سبيل المثال عن أزمة أو محنة مرت به منذ سنوات فإن المعالج يسأله ما تأثير هذه المحنة على المشكلة الراهنة. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٦). ولا يستطيع أحد أن يكتسب هوية ناجح دون أن يكون مدركاً للسلوك الحاضر فالعلاج الواقعي يركز على تغيير السلوك الحالي وليس على الاتجاهات والمشاعر، وهذا لا يعني أن الاتجاهات والمشاعر غير مهمة ولكن تغيير السلوك أسهل وله قيمة أكبر في تقديم العلاج والتغيير في المشاعر يتبع التغيير في السلوك ولهذا السبب فإن المسترشد الذي يعاني من مشاعر القلق سوف لن يسأل عن أسباب شعوره ولن يشجع على اكتشافها ولكن العلاج سوف يحث الفرد على أن يجدد سلوكاته التي تسبب

مشاعر القلق. أما الحديث عن الفشل فلن يغير السلوك أو المشاعر وإنما الذي يغيره هو أن يصبح الفرد مدركاً لسلوكه غير المسؤول وأن يتعلم كيف يكون سلوكه مسؤولاً. (الزبيد، ١٩٩٨، ص ٣٦٣)

وهنا نلاحظ أن العلاج بالواقع لا يتعامل مع الماضي الذي لا يمكن تغييره، بل يتعامل مع الحاضر والمستقبل اللذين يمكن تغييرهما.

القاعدة الرابعة: الحكم على السلوك

تقر نظرية العلاج بالواقع أن كل فرد عليه أن يحكم على سلوكه الخاص وأن يزن هذا السلوك ويحكم حكماً تصميمياً على ما يأتي به من أعمال وما تسهم به هذه الأعمال والتصرفات في فشله وعلى أن تتم عملية التقويم والحكم على السلوك من جانب المسترشد قبل أن يبدأ المرشد في إجراءات مساعدته وعندما يتضح للفرد حقيقة سلوكه من خلال هذه العملية التقويمية وربما يكون مثل هذا الوضوح لأول مرة في حياته فإنه يمكنه أن ينظر إلى هذا السلوك نظرة ناقدة ويحكم على ما إذا كان بناء أم غير بناء. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٧)

فالمسترشد هو الذي يجب عليه أن يحكم على صواب السلوك أو الخطأ، فالمعالج ليس قاضياً ومرشداً أخلاقياً، وإن المسترشدين الذين تعودوا على القيام بسلوكيات موجهة لهدم الذات لا يدركون ما الذي يفعلونه دائماً. وبعضهم يفكر بقوة وبعضهم يبني أعاراً تبدو مقبولة للاستمرار بالأعمال التي يقومون بها فإذا كانت لدى المسترشد صعوبة في تقييم السلوك بصورة موضوعية فيستطيع المعالج أن يتدخل ويواجه المسترشد بتجاوب صادق واهتمام أما المسترشدون فينظرون إلى سلوكهم ويحكمون عليه من ضوء أهدافهم ومتطلبات العالم الواقعي وكذلك يحكمون فيما إذا كان هذا السلوك مقبولاً اجتماعياً أم لا وعلى

الرغم من أن جلاسر يدعي بأن تقويم الذات وتصميمها هي أساس العلاج بالواقع ولكنه يحذر بقوله "إن معرفتنا كيفية انتقاد أنفسنا مهم جداً لأننا يجب أن نتعلم كيف نوجه انتقادنا للنشاطات التي يمكن تصميمها وإلا فإننا نكون قاسيين جداً على أنفسنا وقد يؤدي ذلك إلى الفشل". (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٦٤).

القاعدة الخامسة: التخطيط للسلوك المسؤول

من أهداف الإرشاد بالواقع مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه من سلوك الفشل إلى سلوك النجاح وبالتالي محاولة تغيير هوية الفشل لدى المسترشد وإكسابه هوية نجاح وأن يكون سلوكه أكثر مسؤولية. فإن المرشد يركز على مساعدة المسترشد في وضع خطة عمل تتوافر فيها شروط الموضوعية والواقعية وأن تكون ملائمة لقدرات الفرد وإمكانياته وتتضمن عناصر النجاح، فالنجاح يولد النجاح والفشل يولد الفشل. وللقيام بذلك لا بد من إعداد خطة عمل جيدة تتوفر فيها شروط الموضوعية والواقعية وإمكانية القياس والمرونة وأن تكون ملائمة لقدرات الفرد وإمكانياته لا أن تكون خططاً معقدة وخيالية لا يستطيع الفرد القيام بها وبالتالي تنتهي إلى الفشل وإذا لم تنجح الخطة فلا بد من وضع خطة معدلة أو جديدة قابلة للتنفيذ. ومن المهم أن تكون الخطة مكتوبة لأن الخطة التي لا يتم كتابتها يمكن نسيانها أو إساءة تذكرها. وأن تكون أهدافها عملية وقصيرة المدى ويمكن تحقيقها بنجاح لأن مثل هذا النجاح يعزز إيجابياً جهود المسترشد للوصول إلى أهداف بعيدة المدى.

القاعدة السادسة: الالتزام

بعد وضع الخطة والبدء في تنفيذها يتطلب من المرشد الواقعي الالتزام بتنفيذها. وإن مبدأ الالتزام يقوي من دافعية المسترشد لتنفيذ الخطة بنجاح. ولهذا فإنه بمجرد أن يبدأ الفرد في الالتزام بأشياء نحو الآخرين فإنه يكسب

هوية أكثر نجاحاً. "فالالتزام هو رحلة أخرى مع الاندماج وخطوة أخرى مع تحمل المسؤولية، ومن ثم تحقيق هوية النجاح. ومع استمرار عملية الالتزام فإن المسترشد يكتسب إحساساً بقيمته وأهميته الذاتية مما يساعده على المضي أكثر في هذا الالتزام بتنفيذ الخطة وتكريس جهده لذلك". (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٩)

القاعدة السابعة: رفض الاعتذارات أو المسوغات

يجب على المرشدين أن لا يتصوروا أن المسترشدين الذين يعملون معهم سينفذون ما تعهدوا به من خطط أو أن الخطط ستحقق نجاحاً كلها، ذلك أن بعض الخطط قد يكون مصيرها الفشل في بعض الأحيان، ولكن مع ذلك فالمرشد عليه أن يوضح للمسترشد منذ البداية أن الاعتذارات غير مقبولة. فعندما يحاول المسترشد أن يشرح للمرشد أن خطة ما قد فشلت فعلى المرشد أن لا يشغل نفسه بالنقاش حول فشل الخطة وإلقاء اللوم على المسترشد، إنما الذي يهمله فقط هو أن الخطة فشلت وأن عليه أن يعيد بناء خطة جديدة تكون معقولة وموضوعية.

القاعدة الثامنة: استبعاد العقاب

يعتبر العقاب أسلوباً ذا أثر ضئيل في تغيير سلوك الأشخاص الذين لهم هويات فشل ويلحق بالعقاب كل العبارات والألفاظ السلبية التي تحط من قيمة المسترشد. ومن الضروري ألا يعاقب المرشد المسترشدين بعبارات جارحة أو ناقدة مثل قوله: "كنت أعرف أنك لن تقوم بهذا أبداً" أو "انظر: ها أنت ذا قد عدت لذلك من جديد". إن هذا الأسلوب من السخرية بالمسترشد من شأنه أن يساعد على ترسيخ هوية الفشل لديه، وفي الوقت نفسه يُفسد العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٤٠). فالعقاب كوسيلة لتغيير

السلوك لا تؤدي إلى النتيجة المطلوبة. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣١٧). ولهذا فإن استبعاد العقاب جانب هام في العلاج بالواقع مثل عدم قبول اعتذارات.

القاعدة التاسعة: عدم الاستسلام

هناك عدة أسباب تجعل المرشد لا ييأس حتى ولو فشل المسترشد في تنفيذ الخطة أهمها:

— إن المعالج لا يحكم على قيمة السلوك، فالسلوك يفشل لكن المسترشدين لا يفشلون.

— إن نموذج استسلام المعالج يناقض النظام.

— إن الاستسلام يمكن أن يهدم الاندماج ويسبب إلى قيمة الذات لدى المسترشد وينقص من البدائل المتاحة فيه. (الزيود، ١٩٩٨، ٣٦٧)

سابعاً: فنيات الإرشاد بالواقع (التكنيكات الرئيسة):

لم يُقدم جلاسر تقنيات محددة لنظريته ولكنه قدّم بالتعاون مع زينون (Zunin) عدداً من الاقتراحات (تكنيكات) لمساعدة المسترشد في الاندماج، حيث استخدم الضمير (أنا و نحن) بدلاً من (هو وهي) لتوضيح صورة الذات بشكل أفضل، وإعطاء الفرد اهتماماً خاصاً لنجاحاته والتشجيع على السلوك المتفائل.

١- الاحتفاظ ب هنا و الآن (Keeping in the Here and Now):

حيث تركز نظرية العلاج بالواقع على السلوك الحاضر، وليس من الضروري أن يعود المرشد إلى ماضي الفرد وأن يسير أغواره، كما أنه ليس من الضروري أن يشرح المسترشد المشكلة، أو أن يقول أنني تعيس أو مكتئب، والمهم أن يشرح المسترشد لماذا يشعر بالتعاسة؟ أو لماذا يشعر

بالاكتئاب؟ أي أن يطلب المرشد من المسترشد أن يعايش مشكلاته الآن، في الزمن الحاضر، وأن يركز على تجارب النجاح في هنا والآن بدلاً من الفشل.

يشجع جلاسز المرشدين على التغلب على ضعفهم وفشلهم في حل المشكلات التي يعانون منها بتمتية الإدمان الإيجابي (Positive Addiction) الذي يكسبهم الثقة بالنفس، من خلال ممارسة بعض الأنشطة اليومية مثل الرياضة والتأمل. بحيث يؤمن المسترشد بأن هذه الأنشطة لها قيمة جسمية وعقلية وروحية وأن تكون غير تنافسية وأدائها من قبل المسترشد بحد أدنى من الجهد العقلي ودون الاعتماد على الآخرين. وحتى يكون المسترشد مدمناً إيجابياً يجب أن يشعر بتقبل الذات في أثناء ممارسة هذه الأنشطة.

٢- التعامل مع التفكير الشعوري (Dealing With Consciousness)
:(Thinking

حيث يهتم العلاج بالواقع بالتفكير الشعوري الحاضر للمتعالج بحيث يصبح أكثر إدراكاً لما يقوم به الآن، مهماً أفكار المتعالج اللاشعورية التي تعطيها أضراراً لمواجهة الحقيقة.

٣- التجاوب مع تعاسة المسترشدين - العملاء (Responding to)
:(Unhappiness Clients

يوضح المعالج للمسترشدين أن السعادة شيء داخلي، والشخص وحده هو المسؤول عن صنع السعادة لنفسه أو الشعور بها من خلال سلوكه المسؤول، ولا يستطيع أي شخص آخر وحتى المعالج بأن يقدم السعادة له ما لم يرافقها سلوك شخصي مسؤول. والسعادة ترافق السلوك المسؤول والتعاسة هي نتيجة للسلوك غير المسؤول وليست سبباً له.

٤- مساعدة المسترشدين على تقبل أنفسهم وفهمها (Helping Clients Understand and Accept Themselves):

يؤكد الاندماج بين المرشد والمسترشد الثقة ويعزز المشاركة والفهم مما يساعد المسترشد على تبني سلوكيات مسؤولة بسرعة أكبر. وإن تقبل المسترشدين في الوقت الحاضر كشخصيات ذات قيمة وإمكانات هي الخطوة الأولى في تعليم المسترشدين تقبل أنفسهم وفهمها.

٥- التخطيط لسلوكيات مسؤولة (Planning Responsible Behaviors):

يركز المعالج الواقعي على التخطيط الإيجابي والسلوك البناء، وقد يُساء تحقيق ذلك من خلال قيام المرشد باقتراح خطة بطريقة يشعر المسترشد من خلالها أنه ملزم بقبولها، وهذا التخطيط غير مقبول ولا يُوصل إلى النتيجة المرجوة، ولهذا فعلى المرشد أن يساعد المسترشد على امتلاك خطة واقعية وإرادة ذاتية للسلوك. وقد يبدأ المرشد بسؤال المسترشد عن خطته، وهل لديه أفكار عن كيفية تفادي المشكلة المطروحة؟.

يجب أن تكون الخطة غير متفائلة إلى حد كبير، فمن المحتمل فشلها، وبالتالي تُعزز الفشل الحالي. ولكن هذا لا يمنع من تمتع الخطة بالطموح والمرونة (قابلية التعديل) وإمكانية التنفيذ.

٦- الإرشاد الجمعي الواقعي:

إن الهدف من الإرشاد الجمعي هو مساعدة المسترشدين في تعلم كيفية إرضاء حاجاتهم النفسية بأن يُحبوا أو يُحبوا أو يكونوا ذوي قيمة في نظر أنفسهم والآخرين، فالمرشد في الجماعة الإرشادية يعلم الناس ليكونوا أكثر مسؤولية وأكثر فاعلية في الفهم الواقعي. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٧٤)

ويفترض جلاسر أن المرشد الفعال يجب أن تتوافر فيه أربعة شروط مهمة ليكون قائداً للجماعة الإرشادية وهذه الشروط هي:

- ١- أن يكون فرداً مسؤولاً وقادراً على تلبية حاجاته.
- ٢- أن يكون قوياً بحيث يقاوم تبريرات المسترشد وعدم انحداره عن السلوك غير المسؤول.
- ٣- أن يقبل المرشد كل عضو في الجماعة الإرشادية قبولاً غير مشروط.
- ٤- أن يكون قادراً على الاندماج عاطفياً مع كل عضو في الفريق. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٧٥)

إن المرشد أو المعالج الواقعي هو شخص دائم النشاط ينشئ علاقة دائمة مع المسترشد ويشجعه على النجاح ويتعامل معه عن قرب ويندمج معه في مشكلته بشكل شخصي ويساعده على تقويم سلوكه وعلى الحكم على هذا السلوك وعلى معرفة البدائل لحل مشكلته وعلى تنمية خطط واقعية والوفاء بهذه الخطط وتنفيذها دون أعار، إنه لا ينصح ولا يعطي الحلول. والمرشد في العلاج بالواقع يتقبل تحدي المسترشد لقيمه الشخصية في بعض الأحيان. هو لا يوقع عقاباً على المسترشد ودور المرشد في هذا النوع من العلاج والإرشاد هو مساعدة المسترشد على تعديل سلوكه ومن ثم اكتساب هوية نجاح ومساعدته على أن يكون ذا سلوك مسؤول وواقعي وصحيح ولا يهتم المرشد في هذه الطريقة بتاريخ المسترشد وماضيه ولا يركز على المشاعر والأفكار وإنما يركز على الحاضر وعلى السلوك، وهو كذلك لا يهتم بالأحلام ولا يتعامل مع اللاشعور. ويرى الزيود أن المرشدين الواقعيين هم معلمون يأخذون بأيدي طلابهم من الضعف واللامسؤولية إلى القوة والمسؤولية ومن الألم إلى السرور ومن اللانجاز إلى الانجاز. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٦٩)

كما وصف جلاسر دور أعضاء الفريق عن طريق المشاركة بالمسؤولية خلال العمليات اليومية حيث يشجع بعض أعضاء الفريق بعضهم الآخر لتقبل المسؤولية في أعمالهم، وكذلك يساعد بعضهم بعضاً عن طريق اندماج بعضهم مع بعض وإبداء اهتمامهم وأن يميلوا لتعديل السلوكيات اللامسؤولة واللاعقلانية لكل عضو من الجماعة أكثر من التركيز على عمليات التفاعل التي تحدث بينهم.

ويملك أعضاء الفريق في الإرشاد الجمعي الواقعي دوراً فعالاً وحيوياً يجعل كل منهم مرتاحاً لمعايير الجماعة للسلوك، ولكن المرشد يبقى يضبط التوجيهات التي تتخذها الجماعة أو الفريق. (الزيود، ١٩٩٨، ص ٣٧٥)

ثامناً: تقويم النظرية

يرى بعضهم أن الذين يحتاجون إلى علاج نفسي هم الذين لم يقوموا بإشباع حاجاتهم، وبهذا يبدو أن هناك تشابهاً بين التحليل النفسي وبين العلاج النفسي. ولكن الأمر غير ذلك، فعند فرويد الحاجات التي لم تُشبع هي الجنس والعدوان، في حين أن الحاجات عند جلاسر هي الانتماء والاحترام وكيفية إشباع هذه الحاجات بعمل واقعي ومسؤول وصحيح. ولهذا يعتبر العلاج بالواقع نقيضاً للتحليل النفسي، حيث إن أطباء النفس تسببوا في نشوء المرض الذي من المفروض أن يعالجه، وذلك بسبب عدم جدوى إجراءات التحليل النفسي. كما أن هناك مسلمات في اتجاهات العلاج النفسي من فرويد والفرويديين الجدد إلى كارل روجرز وأهمها:

- حقيقة المرض النفسي
- اكتشاف ماضي الفرد
- يتم التنقيب عن اللاشعور

- تفسير السلوك عوضاً عن تقويمه

- التغير من خلال الاستبصار

- التسامحية

وينحدى العلاج بالواقع هذه المسلمات. حيث إن المعالج التقليدي يتدرب على أن يكون حيادياً وموضوعياً وألا يدخل في علاقة مع المريض يكون فيها شخصاً هاماً ومنفصلاً في حياة المريض. في حين أن العلاج بالواقع يصبح المعالج مرتبطاً بالمريض وحقيقاً تماماً لدرجة يمكن القول أنه يُدمر عملية الطرح (التحويل) (Transference).

وتعتبر القضية الأخلاقية عند جلاسر أساسية، فلكي نكون جديرين بالاحترام يجب أن نتعلم أن نصح أنفسنا عندما نخطئ، وأن نكافئ أنفسنا عند الصواب. وإذا لم نفعل ذلك فإننا لم نشبع حاجتنا وسوف نعاني كما يحدث عندما لا نحب ولا نُحب. ويرى جماعة الطب النفسي والتحليل النفسي أن العصاب يحدث لأن المعايير الأخلاقية للمريض عالية بشكل غير واقعي، حيث إن الإنسان حسن أكثر من اللازم عندما يكون مطيعاً للأنا الأعلى، والعلاج هو في تخفيف مطالب الأنا الأعلى الصارمة. وبالتالي تحرير الفرد من الانغلاقات التي تسد طريق الإشباع السوي للغرائز. والعلاج أمر مختلف حيث يدخل الناس مع بعضهم في تفاعلات (ترابطات) إنفعالية، ليس لأن معاييرهم الأخلاقية عالية، وإنما لأن مستوى الأداء لديهم كان وما يزال منخفضاً للغاية. وأن هدف العلاج بالواقع هو زيادة الإنتاج أو الإنجاز. والمشكلة سببها عجز على المستوى بين شخصي - اجتماعي لقيام الفرد بوظائفه.

إن نظرية الإرشاد (العلاج) بالواقع شأنها شأن أية نظرية أخرى تتمتع ببعض الإيجابيات كما أنها تتسم ببعض السلبيات:

الاجابيات:

١. الوضوح المنطقي لهذه المفاهيم وبساطتها.
٢. الشعور بالقيمة أو الأهمية الذاتية كحاجتين أساسيتين والنجاح في إشباعهما وبالشكل المناسب يؤدي إلى الصحة النفسية (تكوين هوية النجاح)، وأن الإخفاق في إشباع إحداهما يؤدي إلى الاضطراب (تكوين هوية الفشل).
٣. اهتمام المرشد بتكوين علاقة اندماجية مع المسترشد تتميز بالدفاء والتقبل والتفهم تجاه المسترشد.
٤. المسترشد في هذا الأسلوب الإرشادي هو الذي يتولى عملية تقويم لسلوكه الشخصي والحكم على هذا السلوك: سلوك مسؤول أم سلوك غير مسؤول. وبهذا يضع المسترشد أولى خطواته على طريق المسؤولية.
٥. دور المسترشد في وضع الخطط وتعديلها بناء على واقع الفرد وظروفه وقدراته بمساعدة المرشد.
٦. اعتبار الإرشاد بالواقع محدداً في زمنه بحدود تنفيذ الخطة وضمان نجاحها.
٧. يركز العلاج بالواقع على السلوك ولا يهتم كثيراً بجانب المشاعر.
٨. يهتم العلاج بالواقع بالسلوك الراهن ولا يعود إلى الماضي ولا يركز عليه.
٩. الأسس والأساليب التي يستخدمها المرشد لها جانب عقلائي وهي واضحة للمسترشد ولا توجد فيها جوانب رمزية أو غامضة.
١٠. الاستفادة من هذه النظرية في الإرشاد في المستوى الوقائي وفي المستوى العلاجي وكذلك في الإرشاد الفردي والجماعي.

السلبيات:

١. إن اعتماد هذا الأسلوب العلاجي إلى حد بعيد على الجانب اللفظي وعلى العقلانية يجعل من الصعب استخدامها مع بعض الحالات مثل حالات التخلف العقلي وحالات الأمراض الذهانية وحالات الاكتئاب.
٢. تركز هذه النظرية على السلوك وتقلل من أهمية المشاعر متناسية الدور الذي تقوم به المشاركة الوجدانية في الاندماج وفي حياة الإنسان.
٣. لا توجد أساليب محددة يستند إليها المرشد في محاولاته لتغيير السلوك بخلاف مساعدة المسترشد على الوفاء بخطة التغيير.
٤. التعارض الذي تشتمل عليه النظرية بين الدور الذي تقوم به المسؤولية والدور الذي يقوم به الاندماج في تكوين هوية النجاح أو تكوين هوية الفشل. فعلى حين ترى أن الاندماج شرط مبدئي للوفاء بالحاجات فإنها تقرر أن الفرد لديه القدرة على الوفاء بحاجات المسؤولية ودون شروط مسبقة.
٥. ما يذهب إليه جلاسر في إمكانية توجيه النقد من جانب المسترشد وإمكانية أن يطرح المرشد مشكلاته على المسترشد لا يتسق إلى ما تفرضه معظم النظريات من وجود حدود مهنية بين المرشد والمسترشد وضرورة أن تكون العلاقة مهنية. وهذا لا يمنع من إبداء الملاحظات، لأن علينا التقبل دون شروط، وأن المسترشد هو مرجع للمرشد في إبداء ملاحظاته.
٦. ما أشار إليه جلاسر على أنه الصحيح أو الحق لم يحدد لنا معياره وإنما تركه للمعايير الأخلاقية التي يراها المرشد ولاستبصارات المسترشد بمعايير المجتمع وبهذا فإنها يمكن أن تشتمل على جوانب ذاتية للمرشد قد لا تكون هي الصحيح دائماً.

٧. المدى الواسع الذي يقرره جلاس لإمكانات طريقته في العمل مع عديد من الحالات بينما الاستخدامات الحقيقية للإرشاد بالواقع أو العلاج بالواقع لا تخرج عن إطار المدارس والمؤسسات الاصطلاحية أو التعليمية بصفة عامة.

٨. إن ترك الحكم على السلوك للمسترشد وحده قد يستغرق وقتاً وربما لا يحدث إطلاقاً إذا كانت هناك مشكلات معرفية عقلية لدى هذا الشخص. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٤٥)

وأخيراً نقول: إن الإرشاد (العلاج) الواقعي طريقة واقعية عقلانية حديثة يمكن تطبيقها في الإرشاد الفردي والجمعي في المدارس ومؤسسات الرعاية الاجتماعية والمشافي لمعالجة مشكلات متعددة مثل سوء التكيف النفسي والاجتماعي والزواجي وجنوح الأحداث وإرشاد الشباب وغيرها. ويمكن استخدام هذه الطريقة بنجاح من قبل المعلمين مع طلابهم ومن قبل الآباء مع أبنائهم. وتتميز هذه النظرية بالأهمية والفاعلية الكبيرة في الجانب الوقائي للصحة النفسية.

تاسعاً: بعض تطبيقات نظرية العلاج بالواقع

قدم جلاس مجموعة من النماذج التطبيقية لنظرية العلاج بالواقع، وقد اخترنا منها ما يتعلق بتربية الأطفال في الأسرة. منطلقين من أهمية الدور التربوي للأسرة، حيث ترى هذه النظرية أن أية طريقة تربوية فعالة هي تلك التي تحقق أمل الأهل في أبنائهم. أي أن يكون الأبناء في الصورة التي يتمنى الآباء أن يروهم عليها: أن يكونوا محبوبين، أخلاقيين، ناجحين في الدراسة، مهتمين بصحتهم، يتعاملون بأدب مع الآخرين، يحترمون القانون والعادات... إلخ. وتتحقق هذه الصورة من خلال نظام تربوي أسري متكامل. وتقدم نظرية العلاج بالواقع إرشادات تربوية مفيدة للوالدين في التعامل مع

الأبناء، بحيث يكون الأبناء وفق الصورة الرائعة التي يأملها آباؤهم، وتتدرج هذه الإرشادات تحت النقاط التالية: (Glasser, 1984, pp. 182- 201)

١- العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء

٢- إشباع حاجات الطفل

٣- فرض نظام بديل عن استخدام العقاب

ونحاول توضيح هذه النقاط وما تتضمنه من إرشادات وأفكار مستفيدين أيضاً مما قدمه (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٢٠٠ - ٢١٠).

١- العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء، والتي يندرج تحتها نقاط ثلاثة هي:

أ- العلاقة الجيدة أساس التأثير الوالدي:

تتطلب العلاقة الجيدة للآباء مع الأبناء أن يتكون لدى الأبناء صورة محببة عن الآباء، ولكي تتكون هذه الصورة فعلى الوالدين أن يتعلما الصبر في معالجة أخطاء الأبناء، لأن التهديد والعقاب يوتر العلاقة بينهم، وسوف يلجأ الأبناء إلى مقاومة ضغوط الوالدين باستمرار، وقد يبدأ الابن في استبعاد صورة والديه من ذهنه كأشخاص محبوبين، وبالتالي لا يهتم بأفعالهم وأقوالهم. وإذا زادت ضغوطات الوالدين وعقابهم للطفل، فتكون النتيجة إبعاد الأبناء والديهم عن أذهانهم أكثر وأكثر. وعندها يفعل الأبناء ما يقتنعون به ويريدونه من أفعال، وقد يكون ذلك الإهمال في الدراسة أو الانحراف الخلقي. ولو أقام الآباء علاقات جيدة مع أبنائهم لما أصبح هؤلاء الأبناء مقتنعين بالإهمال الدراسي أو الانحراف الخلقي.

وحسب هذه النظرية، فإن إقامة العلاقات الجيدة مع الأبناء تتطلب اندماج الوالدين مع أبنائهما في الأنشطة المحببة المشتركة. فالأب الذي يستمتع بنشاط

ترفيهى معين يمكنه أن يشرك أبناءه في هذا النشاط، وإذا كان الأبناء يفضلون نشاطاً ترفيهياً معيناً، فعلى الأب أن يندمج معهم في هذا النشاط، ومن خلال هذا الاندماج يمكن توجيه الأبناء الوجهة الصحيحة.

ب- العلاقة الجيدة، سيطرة والدية محدودة:

يعتقد الآباء أن أطفالهم قبل الثانية عشرة من العمر مازالوا صغاراً، فيحرصون على حمايتهم من الأخطار والعناية بصحتهم ودراستهم، ويقلق الآباء من أن عصيان أبنائهما سوف يدمر حياتهم. ويدرك الأبناء حب الوالدين لهم وخوفهم عليهم، وبالتالي يعتقد الأبناء بأن آباءهم سيستمرون في مساعدتهم والخوف عليهم حتى ولو قاموا بتصرفات سيئة. وهنا يرى الأبناء أنهم امتلكوا والديهما وسيطروا عليهما.

وترى نظرية العلاج بالواقع أنه إذا سيطر الأبناء على الآباء، سيكون الأبناء أكثر فاعلية، ويتخلى الآباء عن دورهم الوالدي. ولكي يكون الآباء فعالين في القيام بالدور الوالدي، عليهم أن يعيشوا بأسلوب ودي مع أبنائهم ويقتنعوا بما لدى هؤلاء الأبناء من صور في مخيلتهم تجعلهم يختلفون مع الآباء في جوانب معينة. والمثال على ذلك: يرى الوالدان أن الطفل يجب أن يستذكر دروسه، في حين يريد الطفل مشاهدة التلفاز، وهنا إذا كانت العلاقة الودية قائمة بين الطفل ووالديه، فبالإمكان التفاوض والوصول إلى حل يرضي الطرفين، كأن يتم الاتفاق على مشاهدة التلفاز لمدة معينة وبعدها يستذكر الطفل دروسه. ويمكن الإشارة هنا إلى أن الأطفال يحبون قدرّاً من السيطرة الودية، ولكنهم يحبون أن يسيطروا عليهم الآباء تماماً، غير أن قبول هذا سبب من سيطرة نوالدية مرهون بوجود علاقة ودية وحميمة بين الأبناء والآباء.

ج- العلاقة الجيدة، إمكانية للتفاوض:

إن العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء تجعل الطفل يخبر والديه بما يريد، كما تجعله يقبل بعض السيطرة منهما، فبموجب هذه العلاقة يمكن للآباء التفاوض مع أبنائهم على الاختلافات، والتوصل إلى تسوية ترضي الطرفين. وإذا ساءت العلاقة تصبح المفاوضات والتسوية غير ممكنة، لأن كل من الآباء والأبناء لديهم رغبة ملحة للقوة ورفض السيطرة.

إن الصعوبات التي تواجه الوالدين في تربية أطفالهم هي نتيجة فشل الوالدين في فهم السلوكيات الفعالة للتعامل مع الأبناء، ومع هذا الفشل يفعل الأبناء ما لا يحبه الآباء، أو لا يفعلون ما يحبه الآباء. كما أن الآباء الذين يحاولون فرض السيطرة على الأبناء، في الوقت الذي يرفض فيه الأبناء هذه السيطرة، لا يصلون إلى النتيجة المرجوة، لأن سلوك الإكراه والقوة لن يأتي بنتيجة، بل سيؤدي إلى انتقاد التكامل الاجتماعي داخل الأسرة، وبالتالي تزداد احتمالات جنوح الأبناء.

٢- إشباع حاجات الطفل:

إن الدور الأساسي للأسرة إشباع حاجات الطفل من الماء والطعام واللباس والراحة وغيرها من متطلبات البقاء. ولما كان دور الأسرة هذا يقع في عداد المسلمات، فإن نظرية العلاج بالواقع ركزت على إشباع حاجات الطفل من منظور تعلم الطفل للمسؤولية والسيطرة وإشباع حاجاته إلى القوة والانتماء.

أ- تعلم المسؤولية:

ترى هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون المسؤولية عندما يمارسون مهام يحتاجون لأن يتعلموا المسؤولية حتى يمكنهم الحصول على ما يريدون. ولكي يتحقق هذا التعلم لا بد أن تتاح الفرصة للأطفال لمساعدة أنفسهم. فلو وقع

الطفل في مشكلة بسيطة ويمكنه التغلب عليها دون مساعدة الكبار، يجب أن يتركه الوالدان ليتصرف بمفرده ويتغلب على الصعوبات. ويتعلم الطفل المسؤولية أيضاً من خلال تكليفه بمهام يقوم بها بنفسه، وإتاحة الفرصة له لأن يعتمد على نفسه، ويسيطر على المواقف التي يختارها.

يجب على الوالدين تعليم الطفل أن يتصف بمسؤولية من خلال تأدية واجباته المدرسية والمساعدة في الأعمال المنزلية والمحافظة على ممتلكاته الشخصية والممتلكات العامة والقدرة على احترام الرأي الآخر والتجاوز بطريقة مقنعة... وغير ذلك. إن مثل هذه السلوكيات التي تجسد المسؤولية، يمكن تنميتها وتطويرها لدى الأبناء إذا أُتيحت لهم فرص ممارسة السيطرة على حياتهم.

ب- تعلم السيطرة:

تعتبر الوالدية الناجحة مهمة صعبة، ولكن بعض هذه الصعوبة يمكن التغلب عليها من خلال العمل بالقاعدة الأساسية التالية: "المحاولة الجادة لتعليم الأطفال ومساعدتهم ليستعدوا سيطرة فعالة على حياتهم". وهذا يعني ألا يفعل الأبوان أي شيء من شأنه أن يسبب للطفل فقدان السيطرة، وقد لوحظ أن الأفعال غير المسؤولة التي يقوم بها الأطفال عبر مراحل نموهم إنما هي محاولات من جانبهم لاستعادة السيطرة التي فقدوها. وينجح الأطفال في السيطرة على حياتهم كلما تعلموا أكثر، وكلما أُتيحت لهم الفرصة لأن يتعلموا ويجربوا بأنفسهم. ويقول جلاس: "حافظوا على العلاقة الطيبة مع أبنائكم المراهقين، استمروا في إمدادهم بالحب والحنان، وافعلوا لهم القليل، وتمتعوا معهم، واتركوهم وحدهم إذا أرادوا الخلوة بأنفسهم". (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٢٠٤-٢٠٥).

ج- إشباع الحاجة إلى القوة:

يتطلب نمو الأطفال أن تُشبع حاجاتهم إلى القوة بطريقة تساعد على أن يكونوا فعالين، ويتحقق ذلك بأن يعمل الوالدان مع أطفالهما في مهمات بسيطة، وألا يندفع الأب لانجاز العمل عندما يرى الطفل يؤدي العمل ببطء، ويمكن هنا للوالدين إرشاد الطفل ثم تركه يقوم بواجبه من المهمة، وهذا يساعده على استعادة القوة والثقة. كما أن إشباع حاجة الطفل إلى القوة يتطلب أن ينمي فيه الوالدان مهارة المنافسة والإبداع من خلال قيام الطفل ببعض المهارات كالعزف والرياضة واستخدام الحاسوب وغيرها، ويصبح الأطفال أكثر شعوراً بالقوة كلما زادت قدرتهم على التعامل مع المهارات المختلفة. وترى نظرية العلاج بالواقع أن النشاط الذي يمارس الطفل من خلاله الإبداع المتأصل فيه، يمثل أقوى حافز للطفل، وكلما مارس الطفل إبداعاته أكثر كلما زاد اعتماده عليها وتعلمه لها. وفي ذلك يصبح الطفل معتاداً على واحدة من أفضل القوى التي يمتلكها لتنشيط السيطرة الفعالة على حياته، إنها قوة الإبداع.

د- إشباع الحاجة إلى الانتماء:

يتطلب إشباع الحاجة إلى الانتماء أن تصبح الأسرة عامل جذب يستقطب الطفل، ويتجلى ذلك من خلال الحب والاهتمام الوالدي بالطفل، وتشجيعه على اختيار الأصدقاء بمسؤولية، ويعتبر هذا الاختيار المسؤول تدريباً جيداً للمشاهد الاجتماعي الأكثر تعقيداً في المستقبل. وإذا كان أصدقاء الطفل من النوع الذي لا يفضلهم الوالدين، فيمكنهما التحدث مع الطفل ومناقشته والتدخل بشكل محدود.

فرض نظام بديل عن استخدام العقاب:

أ- النظام والعقاب:

يسلك الأطفال في كثير من الأوقات سلوكاً يتحدى القوانين المرعية أو سلطة الأبوين، وهنا يلجأ الوالدان إلى العقاب أو إلى فرض النظام. وترى نظرية العلاج بالواقع أن هناك فرقاً بين الأسلوبين: النظام والعقاب. فالنظام هو البدء بمحاولة تعليم الأطفال أن يتبعوا القوانين والعادات المعقولة من خلال التفاوض، أما العقاب فهو تطبيق لطريقة الحافز - الاستجابة (S - R) لإجبار الطفل على إتباع القوانين والعادات حتى غير المعقول منها من خلال الألم العقابي. ويرى جلاسر أن النظام فعال في التربية، بينما العقاب غير فعال، ولذلك تقتضي التربية الصحيحة أن ننظم ولا نعاقب إذا ما أخطأ الطفل. (Glasser, 1984, p. 199)

ينتج عن فرض النظام تقييد لحرية الطفل أو فقدته للامتيازات إلى أن يبدي الطفل رغبة في التفاوض، ذلك أن النظام يعطي الطفل الفرصة للسيطرة على الموقف، إن لديه فرصة للتفاوض. فالنظام عكس العقاب، لأن العقاب لا يعطي هذه الفرصة، وبالتالي لا يعطي السيطرة. وتشدّد هذه النظرية على رفض العقاب لأن الطفل يشعر بفقدان عميق للسيطرة والقوة، وعادة يحاول التعامل مع هذا الفقدان عن طريق اختيار السلوك المؤلم والمدمر للذات، وليس هناك تعليم ولا تفاوض في الأسلوب العقابي، ولا توجد محاولة لجعل تطبيق القانون جزءاً من شخصية الطفل. وتؤكد هذه النظرية على أن العقاب غير مؤثر وغير تربوي، وبالتالي فهو مرفوض في التعامل مع الأطفال.

قد ينهى الأب طفله بشدة (وليس بألم) عن سلوك خاطئ بلهجة شديدة كقيلة بأن تمنع الطفل عن السلوك الخاطئ إذا كانت العلاقة جيدة بين الوالدين

والطفل. والمثال على ذلك، كأن يسكب الطفل الحليب متعمداً، وهو يعرف أن ذلك خرق لنظام البيت ونظافته، هنا يجب فرض النظام على الطفل وجعله يشعر بالمسؤولية، كأن يأمره الأب بعدم مشاهدة التلفاز مثلاً إلا بعد أن يقوم بتنظيف المكان.

ب- كيفية فرض النظام:

يضع جلاسر مجموعة من الخطوات التي توفر فرصة جيدة للأبوين للنجاح في اكتشاف حلول للمشكلات وتعليم الطفل ليكون أكثر فعالية في المستقبل، وذلك من خلال محاولة الأبوين جعل الطفل يلتزم بالنظام (القواعد). والخطوات التالية موجهة لأحد الوالدين أو كليهما (Glasser, 1984, p. 201):

١) فحص الصورة الموجودة في الذهن من خلال طرح بعض الأسئلة مثل: ماذا أريد من طفلي؟ وهل القاعدة التي خرقتها الطفل يجب احترامها؟

٢) إذا أقر الطفل بأن الذي فعله مخالف للقواعد، أو أنه غير مقتنع بما فعله، تجري مفاوضات مع الطفل بأن يقوم بعمل ما لإزالة آثار الفعل، فإذا كسر الطفل بعض الصحون، يتم الاتفاق معه على أن يقوم بجمع القطع المتناثرة، وإذا كان من غير الممكن القيام بأي شيء لإزالة آثار الفعل يتم التفاوض حول قيام الطفل بعمل ما، وأن يقوم بالعمل بنفسه، ولا مانع من أن يساعده في ذلك الأب أو الأم.

٣) إذا أقر الطفل بأن ما فعله لا يخالف القواعد، وأنه مقتنع به، ولا يريد تغييره، يجب أن تفرض عليه بعض الأوامر التي تقيد الحرية أو تقلص الامتيازات (ممنوع مشاهدة التلفاز مثلاً)، ويمكن للوالدين اختيار التقيد المناسب لعمر الطفل ونشاطاته. ويجب ألا يستمر تقيد الحرية أو تقليص الامتيازات سوى لفترة محددة، يراها الوالدان كافية لأن يشعر الطفل بخطئه. وقد يتراجع الطفل

عن خطئه ويعترف بأن ما فعله كان مخالفاً للقواعد. وإذا انتهت فترة تقييد الحرية أو منع الامتيازات دون أن يتراجع الطفل، فمن الضروري توضيح المشكلة للطفل وكيف أن ما فعله يخالف القواعد، وتوجيه النصح له والأوامر بأن لا يفعل ذلك مرة أخرى.



الفصل السادس

نظرية الإرشاد بالمعنى

Logo Counselling

- ١- مدخل
- ٢- الجذور الفلسفية والتاريخية للنظرية
- ٣- المفاهيم الأساسية للنظرية
- ٤- أهداف النظرية
- ٥- عملية الإرشاد بالمعنى
- ٦- النظرة للاضطراب النفسي
- ٧- بعض فنيات الإرشاد بالمعنى
- ٨- تقويم النظرية
- ٩- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

يعتبر الإنسان الكائن الوحيد الباحث عن أصل وجوده ومعنى حياته، وما وراء حياته، ويشعر أن حياته أكثر من مجرد ما تقدمه له حواسه وأن هناك شيئاً آخر وراء تجاربه فيتجاوز حدود المادة والزمان والمكان ليعبر عن حاجة لا متناهية في أعماقه لإيجاد المعاني الكامنة وراء ذلك كله. وتعتبر مهمة أي فرد في الحياة مهمة فريدة، مثلما تعتبر فرصته الخاصة في تحقيقها فريدة أيضاً. وقد ظهر الاتجاه الوجودي (العلاج بالمعنى) كأحد العلاجات النفسية التي تستند إلى الفلسفة الوجودية.

يعتبر العلاج بالمعنى اتجاهاً فكرياً في مجال الحياة النفسية للإنسان. ويتبنى هذا الاتجاه بعض آراء فرويد والفرويديين الجدد، أو المنشقين عن الحركة الفرويدية، والنظريات الوجودية والظواهرية والجشطلتية وغيرها.

يعتبر السلوكيون أن الإنسان آلة نستطيع التحكم في إدارتها بمهارة متزايدة، إلى أن نتوصل إلى أن نجعل منه جهازاً يتحرك في كل الاتجاهات، ويسلك الطرق التي اختيرت له. أما بالنسبة للتحليل النفسي فيعتبر أن الإنسان كائن يتحكم فيه ماضيه، وهو حصيلة هذا الماضي الذي هو لاوعيه. أما الإنسان من المنظور الوجودي والإطار الظواهري والجشطلتي ليست له صفات الآلة، وهو ليس بكائن في قبضة الماضي، وإنما هو في حالة من خلق نفسه، شخص يخلق معنى الحياة بحرية، وهو قادر في حياته الداخلية على أن يتجاوز العالم المادي وأن يعيش أبعاد حياته. وهذا يتفق مع ما انطلق منه فيكتور فرانكل في نظريته العلاج بالمعنى.

ولد فيكتور فرانكل Viktor E. Frankl عام ١٩٠٥ في فيينا (النمسا)، وحصل على شهادة الطب وعلى دكتوراه الفلسفة PH.D من جامعتها، وقد

قابل فرويد شخصياً، وكان أكثر ميلاً إلى نظرية أدلر. وأسس مراكز التوجيه في فيينا عام ١٩٢٨ وأصبح رئيساً لها عام ١٩٣٨ وأصبح عضواً في العيادة الجماعية النفسية الطبية من (١٩٣٠-١٩٣٨)، وفيما بين ١٩٣٦-١٩٤٢ عمل أخصائياً في الأعصاب والطب النفسي، ثم رئيساً لقسم الأعصاب في مستشفى فيينا. ثم أصبح رئيساً للمستشفى الاكلينيكي الشامل للاضطرابات بفيينا عام ١٩٤٦. وقد مر فرانكل بخبرة إنسانية نادرة في أثناء فترة الحرب العالمية الثانية حيث تم اعتقاله في عام ١٩٤٢ وظل رهن الاعتقال حتى عام ١٩٤٥ منتقلاً بين معسكرات اعتقال نازيه عديدة، وعندما أطلق سراحه اكتشف أنه فقد كلاً من أبيه وأمه وأخيه وزوجته الأولى حيث قتلوا جميعاً في غرف الغاز. وقد دوّن فرانكل خبراته في كتاب "من معسكر الموت إلى الوجودية" الذي طبع في ألمانيا عام ١٩٤٦، وفي بريطانيا عام ١٩٥٦. ثم طور هذا الكتاب ليطبعه عام ١٩٦٢ تحت اسم "بحث الإنسان عن المعنى". وكان لهذه الخبرة المؤلمة أبعاد الأثر في نضج فكر فرانكل واكتمال تصور أهمية معنى الحياة لديه. حيث يعتبر "أن الحب هو أقصى وأعلى هدف للكائنات الإنسانية، وأن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب وفي أن يحب"، وأن "هناك هدفاً أقصى أو نهائياً للوجود". واصل فرانكل التعليم في جامعة فيينا حتى ١٩٩٠، وفي عام ١٩٩٧ توفي فرانكل بمرض في القلب، وقد بلغ مجموع مؤلفاته ٣٢ كتاباً، ترجمت إلى لغات متعددة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٥٩ - ٤٦٠).

يعتبر فرانكل زعيماً لثالث مدرسة نمساوية في العلاج النفسي بعد مدرستي فرويد وادلر. حيث بدأ عمله في الطب النفسي بتوجه تحليلي بسبب كونه أحد تلاميذ فرويد، ثم تأثر بتوجهات الفلاسفة الوجوديين أمثال: شيلر (Scheler) وهيدجر (Heidegger). إلا أن أفكار فرانكل قامت على أساس انتقاداته التي

وجهاً لكل من التحليل النفسي الفرويدي وعلم النفس الأدلري، خاصة تلك الانتقادات الموجهة إلى نظريتي الدافعية لدى كل منهما. حيث يرى فرانكل أن مبدأ اللذة الفرويدي، وإرادة القوة عند أدلر غير كافيين لتفسير سلوك الإنسان، فالسعي إلى تحقيق اللذة أو الوصول إلى المكانة للحصول على القوة والنفوذ لا يمكن أن يفسر كل صور النشاط الإنساني. ولهذا وضع فرانكل ما أسماه:

إرادة المعنى Will To The Meaning ، حيث إن معنى الحياة لدى كل إنسان هو الذي يمكن أن يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المعاناة شيئاً يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تُعاش، بل إن الإنسان الذي يكتشف لحياته معنى وهدفاً هو الإنسان الذي يستطيع أن يتحمل ندرة اللذة والافتقار إلى المكانة والنفوذ دون أن ينتقص هذا من سعادته أو من صحته النفسية، فالمسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق المعنى في الحياة لا تعقب اللذة أو تعاضد السطوة. (فرانكل، ١٩٩٨، ص ٤٥٣).

ثانياً: الجذور الفلسفية والتاريخية للنظرية

تستند كل نظرية على سابقتها ولا تتبثق من عدم، وهناك مجموعة من المؤثرات والعوامل التي تساعد بشكل مباشر وغير مباشر على ظهور أية نظرية. وفي محاولتنا لفهم نظرية العلاج بالمعنى فإننا لا نستطيع تجاهل تلك المؤثرات. وبالتالي يمكننا أن نحدد أربعة عوامل أساسية أثرت في تفكير فرانكل بشكل أو بآخر، ويمكن اعتبارها بمثابة الجذور الفلسفية والتاريخية التي انبثقت منها نظرية العلاج بالمعنى وهذه العوامل هي:

١- الفلسفة الوجودية (Existentialism):

الوجودية هي توجه فلسفي نحو فهم طبيعة وجود الإنسان ومعناه. حيث جاءت كرد فعل لوضع الإنسان المأساوي المفجع إبان الحرب العالمية الأولى

وبسبب شعوره بالضيق وقلة الحيلة تجاه تعقيدات الحياة المعاصرة ومادياتها وتقنياتها وما أدت إليه من اللامعنى في حياته، إلا أن الأساس الفلسفي لهذه الحركة يمكن رده إلى كيركفارد الفيلسوف الدينامركي الذي وجد نفسه مضطراً إلى النظر في أسباب وجوده. (كمال، ١٩٩٤، ص ٣٧٨).

ويرى العلاج الوجودي أن الفرد يصنع نفسه ويغير نفسه في حياته الحاضرة، فالماضي لا يحدد حياة الشخص كما أن هذه الحياة لا تتحدد بالآليات الداخلية، فالناس ليسوا آلات تعمل طبقاً لمعادلات رياضية. فالوجودية اعتمدت على مجموعة من الأسس التي تعتبر أساسية لكل الأساليب العلاجية الوجودية حيث ترى أن الإنسان حر ومسؤول وأنه كائن منفرد في وجوده وأنه دائماً في حالة صيرورة وتوجه نحو المستقبل، وأن الحياة مهما ساءت أحوالها تحتفظ بمعناها وأن الموت حقيقة يتسم بها الوجود الإنساني فهو يزيد من مسؤولية الإنسان. (رحال، ١٩٩٨، ص ١٨-١٩). ويرى باترسون أن فرانكل بدأ بتوجه تحليلي حيث كان أحد تلاميذ فرويد، إلا أنه تأثر بكتابات الفلاسفة الوجوديين وبالأسس التي قامت عليها فلسفتهم، ثم بدأ يطور فلسفته الوجودية الخاصة وعلاجه الوجودي، حيث استخدم في عام ١٩٣٨ مصطلحات التحليل الوجودي. لكي يتجنب الخلط بين تحليل الوجود والتحليل الوجودي عند الفلاسفة الوجوديين، فقد ركز فرانكل على مصطلح العلاج بالمعنى. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٩٥). ويرى كمال أن العلاج بالمعنى طريقة علاجية تتجاوز التحاليل الوجودية وتزيد عن مجرد تحليل الوجود (الكينونة) وتعني أكثر من أن تكون مجرد تحليل للفرد، وإنما أيضاً تعني المعنى (Logos). لهذا فإن علاج المعنى ليس تحليلاً فقط وإنما هو علاج أيضاً. (كمال، ١٩٩٤، ص ٣٧١).

وبالرغم من أن العلاج بالمعنى ينتمي إلى الاتجاه الوجودي الإنساني في علم النفس والعلاج النفسي إلا أنه يتميز عن معظم المدارس الوجودية بوجود نسق نظري متكامل وهو ما يرفضه معظم الوجوديين، بالإضافة إلى أن العلاج بالمعنى كان الأسبق في تطوير فنيات خاصة به تتفق مع المفاهيم الوجودية. فالعلاج بالمعنى مدرسة علاجية وجودية تتكامل فيها النظرية مع التطبيق ويلعب فيها المعنى دوراً رئيساً في إعطاء قيمة حقيقية لحياة الإنسان. (فرانكل، ١٩٩٨، ص ٥)

٢- الفينومينولوجيا (Phenomenological):

يدين المفكرون الوجوديون بالفضل لعبقرية الفيلسوف الألماني هوسرل (Husrel) مؤسس المنهج الفينومينولوجي، وقد أراد هوسرل من منهجية الفينومينولوجي أن يرفع الفلسفة إلى مرتبة العلوم الدقيقة بأن يجعلها دراسة للمعاني والماهيات الخالصة أو رؤية الماهية في الشعور، والخطوة الأولى في هذا المنهج هو أن نتخلص من كل الأحكام المسبقة ونستبدل كل ما من شأنه أن يتطفل على المعطيات المباشرة. وأن الفينومينولوجيا يجب أن تبدأ من ظاهرة الشعور باعتباره المادة الوحيدة المتيسرة للأفراد والظاهرة الوحيدة التي يمكننا من الوصول إلى طبيعة الأشياء. (ماكوري، ١٩٨٢، ص ٢٤)

وتعتمد الفينومينولوجيا على الإدراك والمعرفة أكثر من اعتمادها على التعلم، وترى بأننا نستجيب للأشياء والمفاهيم الخاصة بالعالم الظواهري الذي تحدث فيه تلك الأحداث. وتشير إلى أن وحدة تحليل السلوك هي الفرد نفسه الذي تكمن بداخله المكونات التي يبني عليها سلوكه. (القذافي، ١٩٩٣، ص ١٩٦). وقد ميز لنا هوسرل بين الأشياء كما تبدو لنا الأشياء ذاتها، وانطلاقاً من هذا التمييز نجد "كانت" (Kant) يقول: إن عقلنا لا يمكنه أن يعرف الأشياء

ذاتها أبدا ولكنه يعرفها فقط كما تبدو بالنسبة له... وبالتالي فإن الفينومينولوجيا تحاول الإجابة عن السؤال التالي: ما هي العلاقة بين الوجود الواقعي الموضوعي الموجود خارج العقل، والأفكار التي لدينا عن الواقع الموضوعي؟ (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٢).

إن الفينومينولوجيا ليست سوى محاولة لتوضيح الطريقة التي يفهم بها الإنسان ذاته والتي يعبر من خلالها عن وجوده الخاص، بعيداً عن التصورات المسبقة للأنماط التأويلية والتوضيحية من قبيل الافتراضات الجاهزة. والفينومينولوجيا محاولة للوصول إلى فهم ذاتي غير منحاز للإنسان من منظور علمي (فرانكل، ١٩٩٨، ص ١٢). وقد استفاد فرانكل من الطريقة الفينومينولوجية في تحليله للخبرات الإنسانية ودراسته للمعنى، حيث أثارت الفينومينولوجيا قضية هامة بالنسبة لفرانكل والتي يجسدها على الشكل التالي:

بما أن القيم نسبية دعونا نتناول السؤال: إذا كانت القيم ذاتية أم لا؟ صحيح أن المعاني في النهاية هي مسألة تفسير.. ولكن ألا يتضمن التفسير دائماً اتخاذ قرار؟.. ألا توجد مواقف تسمح بتعدد التفسيرات التي على الفرد أن يختار منها؟.. إن خبرتي الخاصة علمتني أن هذا صحيح... فالمعنى شيء نسقطه على الأشياء التي حولنا، تلك الأشياء التي هي محايدة في حد ذاتها، وفي ضوء هذه الحيادية فإن الحقيقة تبدو مجرد شاشات نسقط عليها آمالنا وأفكارنا، كما لو كانت بقعة حبر رورشاخ. وإذا كان الأمر كذلك فالمعنى لن يكون سوى وسيلة للتعبير عن الذات وبالتالي شيء ذاتي في أساسه. على أي حال: فالشيء الذاتي الوحيد هو المنظور الذي من خلاله نقترّب من الواقع، وهذه الذاتية لا تنقص بحال من الأحوال من موضوعية الواقع نفسه... وهذا يعني أن فرانكل يعتبر أن المعاني توجد بصورتها الواقعية والحقيقية في العالم

الخارجي، أكثر منه داخل الذات، ولهذا يجب على الفرد أن يتجاوز ذاته نحو العالم الخارجي لالتقاط المعاني منه. (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٣).

٣- الممارسة الإكلينيكية:

مارس فرانكل عمله الإكلينيكي كأخصائي في الطب النفسي والأعصاب في إحدى مستشفيات فيينا، حيث كان رئيساً لقسم الأعصاب هناك. وفي أثناء مزاولته لمهنته وجد أن أغلب المرضى يشكون من شعور افتقاد المعنى في حياتهم، بالإضافة إلى الكثير من الأمراض التي تميز عصرنا الراهن والتي يمكن أن نعزوها إلى الإحباط في إرادة المعنى لديهم. فهذه الحالة من الإحباط تؤدي إلى العصاب (الاكتئاب- العدوان- الإدمان). وهناك أدلة ميدانية كثيرة قدمت من قبل غيره من المعالجين، والتي أكدت أن الشعور بافتقاد المعنى، أو كما يصطلح عليه فرانكل (الفراغ الوجودي) كان يقوم بدور خفي وراء بعض حالات الانتحار والإدمان .. وبناء على ذلك شعر فرانكل أن مثل هذه الحالات ليست بحاجة إلى علاج بقدر ما هي بحاجة إلى علاج من نوع خاص، يتمكن من الدخول إلى البعد المعنوي لدى الإنسان، ويساعده على إيجاد معنى في حياته، ولهذا ابتكر فرانكل العلاج بالمعنى، كعلاج نوعي لهذه الحالات وكعلاج مكمل للعلاج النفسي في حالات أخرى (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٤).

٤- الخبرات في معسكرات الاعتقال النازية:

سُجن فرانكل في معسكرات الاعتقال النازية في ألمانيا في الفترة (١٩٤٢-١٩٤٥) وقد أعدم (كما أسلفنا) كل من أبيه وأخته وزوجته في أحد معسكرات الاعتقال عن طريق غرف الغاز. ومن المعروف، أنه في مثل هذه الخبرة المليئة بالضغوط النفسية والعذابات البدنية فإن الفرد قد يساب بفتور

في المشاعر وإحساس باليأس وفقدان الأمل بالمستقبل حيث تتجلى هذه الخبرات بثلاثة أطوار:

الطور الأول: الصدمة لردود الأفعال العقلية لدى السجين تجاه حياة المعسكر.

الطور الثاني: البلادة والموت الانفعالي، بالإضافة إلى عوامل التخيل الداخلي من اختلال الإحساس بالزمن الداخلي واستمرار حالة المعرفة واللاتوقع للغد التي أدت إلى الشعور بالعدم.

الطور الثالث: يجسد نفسية السجين بعد أن تم الإفراج عنه، والذي تجلى بفقدان القدرة على الشعور بالسرور والشهية الزائدة والكلام الزائد، عدا عن ذلك حاجته الماسة إلى الرعاية النفسية بعد أن تم الإفراج عنه لما قد يهدد الطابع المميز لشخصيته من الفساد الخلقي والقسوة وفقدان الشخص أو الشيء الذي كان مجرد ذاكرة تبعث فيه الشجاعة والقدرة على التحمل في المعسكر (فرانكل، ١٩٨٢، ص ٢٧-٤٢، ٩٩-١١٩)

إلا أن ردود فعل فرانكل داخل معسكر الاعتقال كانت مختلفة تماماً عن بقية زملائه، ففي حين كان السؤال الذي يشغلهم هو: هل سنبقى أحياء بعد المعسكر؟ لأنه إذا لم يكن كذلك فكل هذه المعاناة بلا معنى، فقد كان السؤال الذي يشغل فرانكل هو: هل لكل هذه المعاناة ولهذا الموت من حولنا معنى؟ لأنه إذا لم يكن كذلك لن يكون هناك معنى للبقاء (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٠).

وقد أدرك فرانكل كما يقول باترسون أن الإنسان يستطيع أن يحتفظ ببقية من الحرية الروحية ومن الاستقلال حتى في مثل هذه الظروف القاسية من الضغوط البدنية والنفسية، كما أنه يمكن لأي إنسان تحت مثل هذه الظروف أن يقدر أنه سوف يصير أو يؤول إليه عقلياً وروحياً، فهو يستطيع أن يحتفظ بكرامته الإنسانية حتى في معسكرات الاعتقال، إنها الحرية الروحية التي لا

يمكن انتزاعها والتي تجعل للحياة معنى وهدفاً كاملين، فإذا كان هناك معنى للحياة ففي معتقد فرانكل هناك معنى للمعاناة والألم، لأن الألم كالموت جزء لا يمكن تجنبه في الحياة، ومن غير الموت والألم فإن الحياة لا يمكن أن تكمل. وتكمن فرصة النمو في الطريقة التي يتحمل الفرد فيها هذا الألم. وعلى الفرد أن يكون لديه هدف وإيمان بالمستقبل، فبدون هدف وبدون أمل لا يوجد معنى للحياة، وليس هناك سبب للاستمرار. فالحياة تحدد مطالب كل فرد، وهذه المطالب تختلف من فرد لآخر، ولكي يواجه الفرد الحياة يتعين عليه أن يحدد معنى حياته (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦١).

وهكذا فإن هذه الخبرة القاسية التي عاشها فرانكل ومعايشته للموت في كل لحظة من لحظات الاعتقال وقسوة المعاناة واليأس، كان لها التأثير الكبير في نضج تفكيره واكتمال تصوراتهِ حول أهمية معنى الحياة لديه وتوظيف هذا المعنى في خدمة الصحة النفسية.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية في عملية الإرشاد النفسي بالمعنى

١- الروحية:

تعتبر الشخصية المادة الأساسية لعلم النفس بشكل عام والإرشاد النفسي بشكل خاص، لذلك لابد لكل إرشاد (علاج) نفسي أن ينطلق من فلسفة خاصة عن الشخصية وخصائصها وتكيفها وصحتها النفسية. وتتكون الشخصية وتتمو نتيجة تفاعل العوامل الموروثة والمكتسبة، ويختلف فهم جوهر الشخصية باختلاف النظريات ووجهات نظر العلماء حولها. فإن "فرويد" مثلاً يعتبر أن "الهُو" منبع للطاقة الحيوية النفسية ومستودع للغرائز والدوافع الفطرية، وهو يمثل الأساس الغريزي الذي ينتج عنه الطاقة النفسية، وهو لاشعوري. في حين أن "الأنا" مركز الشعور والإدراك الحسي وهدفها المحافظة على حياة الفرد

وتتظيم السلوك. والأنا الأعلى هي مستودع المثاليات والقيم الاجتماعية والضمير. ويأتي "أدلر" ليناقض رأي "فرويد" معتبراً الإنسان كائناً اجتماعياً في أساسه حيث يفضل المصلحة الاجتماعية على المصالح الأنانية ويكتسب أسلوباً للحياة يغلب عليه الاتجاه الاجتماعي. أما النظرية السلوكية فإنها تشتق أساسها من عملية التعلم. (بلان، ٢٠٠٥، ص ٣٦-٥٦). ثم جاءت نظرية روجرز التي ترى أن الفرد يُولد ولديه ميل طبيعي لتحقيق ذاته، وهذا الميل هو الذي يوجه سلوكه، ومفهوم الذات هو صورة الفرد عن نفسه كما يرى نفسه وكما يراه الآخرون وحصيلة تقويمه لهذه الصورة. (بلان، ٢٠٠٧، ص ٢٣٦).

أما النظرية الوجودية فقد أكدت على البعد الروحي الذي أغفلته النظريات الأخرى، فالروحانية هي أهم خصائص الوجود الإنساني (الجسمي، النفسي، الروحي)، التي تميز الإنسان عن الحيوان، فالروحانية تتبعث ظاهراتياً خلال الوعي الذاتي الحالي، ولكنها مشتقة من "اللاشعور الروحي"، فالروحانية اللاشعورية هي الأصل وهي الجذر لكل وعي، فالذات ليست محكومة بالهوى، ولكن الروح مولودة باللاشعور، فالروحانية هي الخاصية الرئيسة للفرد، ومنها يشتق الوعي والحب والضمير الأخلاقي" (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٢). والضمير هو الأساس المسير للإنسان ومنه نستمد الحب والتذوق بالكمال (الزبيد، ١٩٩٧، ص ٢٨٠).

وبالرغم من تركيز "فرانكل" على البعد الروحي إلا أنه كان ينظر إلى الأبعاد المتعددة والتي قد تبدو متناقضة في الشخصية على أنها في الحقيقة ليست سوى انعكاسات للشيء نفسه. ولتوضيح هذا الانطباع يستعين فرانكل بعلم الوجود الأبعادي Dimensional Ontology والذي يستند إلى قانونين أساسيين، القانون الأول: هو أن نفس الظاهرة إذا أسقطت خارج بعدها إلى

أبعاد مختلفة أكثر انخفاضاً عنها سوف ترسم صوراً فردية تناقص بعضها البعض. أما القانون الثاني: فهو أنه إذا أسقطت مجموعة ظواهر مختلفة على بعد واحد منخفض عنها سوف ترسم صوراً متشابهة ولكنها غامضة (فرانكل، ١٩٩٨، ص ٣٠-٣١). ولو انتقلنا إلى الشخصية وطبقنا عليها هذين القانونين لأمكننا استنتاج نقطتين مهمتين هما:

- في محاولتنا لفهم الشخصية، يجب علينا أن ننظر إليها من جوانب مختلفة، وبالرغم من أن كل جانب من هذه الجوانب يقدم لنا صورة مختلفة، إلا أن هذه الجوانب تتكامل مع بعضها لتعطينا في النهاية صورة متكاملة عن الشخصية، أما إذا اقتصرنا فقط على جانب واحد وفهمنا به جميع الظواهر الإنسانية فإننا سنبعد عن حقيقتها الكاملة، وإن هذا الجانب سيقدم لنا صورة واحدة فقط. ولأخذ مثالاً على ذلك منشأ العصاب، فإما أن يكون نفسياً، أو جينياً، أو معنوياً، ونجد جدالاً بين الأطباء وعلماء النفس، فالأطباء يحاولون اعتبار أسباب جميع الأمراض فيزيولوجية. أما علماء النفس فيحاولون اعتبارها تعود لأسباب نفسية، وبذلك يبتعد كلاهما عن حقيقة المرض ومسبباته.

- بقدر ما تقتصر على زاوية رؤية واحدة في بحثنا عن المعنى في الحياة بقدر ما نبعد عن ذلك المعنى، وبقدر ما نوسع أفق تفكيرنا ليشمل العديد من زوايا الرؤية بقدر ما نقرب من المعاني الحقيقية في حياتنا.

٢- حرية الإرادة:

يرى فرانكل أن الحرية تتجلى في مواجهة أشياء ثلاثة متأثرة بها ولكنها تملك القدرة في مواجهتها بالقبول أو الرفض أو اتخاذ موقف تجاهها وهي:

- الغرائز

- النزعة الموروثة (الميل)

لا يوجد الإنسان مجرد وجود، لكنه يقرر ما سيكون عليه هذا الوجود، حيث إنه يرتفع فوق الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي ينبني عليها التنبؤ، ولكنها على المستوى الفردي غير قابلة للتنبؤ. حيث يرى فرانكل أن الإنسان حر إرادياً، وهو يعارض بذلك المبدأ الذي تلتزم به معظم مداخل دراسة الإنسان وبالتحديد مبدأ الحتمية والذي ينطلق من أن الإنسان ما هو إلا نتيجة للظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية أو هو نتاج للوراثة أو البيئة، وكما أنه غير قادر على اتخاذ أي موقف إزاء أي ظرف مهما كان الحال، وهذا يؤدي بدوره إلى إعفاء الإنسان من المسؤولية وتعزيز الهروبية العصابية لديه. (فرانكل، ١٩٩٨، ص ٦١). فالإنسان كما يقول فرانكل هو إنسان حر والحرية واتخاذ القرار والمسؤولية هي موضوعات، وإن ما يميز الإنسان عن جميع الموجودات هي ممارسته للحرية وقدرته على تشكيل مستقبله (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٩).

إن حرية الإنسان ليست دائماً التحرر من، ولكنها أيضاً الحرية إلى، أو نحو شيء ما، والتي تبعاً لفرانكل هي المسؤوليات الفردية، فالفرد مسؤول أمام نفسه وأمام ضميره وأمام الله. والمسؤولية مرتبطة بالوعي من خلال الضمير (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٢). فالإنسان هو الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية. وطالما أن الإنسان يمتلك الحرية، فلهذه الفرصة لأي لحظة ليتغير، ولديه الحرية في هذا التغيير، ومن حق جميع الناس الاستفادة من هذه الحرية.

وبالرغم من تأكيد فرانكل على حرية الإنسان إلا أنه أدرك الخطر المحتمل الذي قد تؤدي إليه هذه الحرية من انحلال أخلاقي وعدم امتثال للقوانين في

المجتمع، لذلك فهو يؤكد بمقابل هذه الحرية على مسؤولية الإنسان في اختياراته الحرة (رحال، ١٩٩٨، ص ١٩). والعلاج بالمعنى يحاول أن يجعل المريض واعياً بمسؤولياته، وبالتالي يترك له الاختيار ويساعده على أن يفهم نفسه كمسؤول. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٢). ولكي نسمح للآخرين أن يكونوا على قدر مسؤولياتهم يجب أن ننظر لصنع القواعد الأكثر اختصاراً لأنفسنا.

٣- إرادة المعنى:

تعبّر إرادة المعنى عن حاجة الإنسان إلى وجود معنى في حياته فهي أشبه ما تكون بقوة جاذبة لطاقات الإنسان حول مركز يبلور فيه معنى لحياته، فكما أن الإنسان بحاجة إلى قوة جاذبة أرضية حتى يثبت أقدامه على الأرض ويتمكن من الوقوف عليها، فإنه يحتاج قوة جاذبة وجودية من المعنى ليؤكد من خلالها ذاته ويثبت وجوده.

يرى فرانكل أن الدافع الأساسي في شخصية الفرد ليس الرغبة في تحقيق اللذة أو القوة، بل الرغبة في تحقيق معنى، وهذا المعنى أعمق شيء يدفع الإنسان، أي أنه أهم ظاهرة إنسانية، لأن الحيوانات بالتأكيد لا تقلق أبداً على أي معنى لوجودها. والمعنى لم يُخترع بوساطة الكائنات الإنسانية - كما يدعي سارتر - ولكنه يُكتشف بوساطتهم - كما يقرر ذلك فرانكل. فالإنسان يستطيع أن يعطي معنى لحياته بالتمسك بالقيم المبدعة وبإنجاز المطالب، وهذه القيم تعبّر عما يأخذه الإنسان من العالم من خلال معايشة الخبرات واللقاء بالآخرين أو بمعرفة كائن إنساني واحد بكل ما يتفرد به، ومعنى أن تخبر إنساناً واحداً متفرداً أو أن تحبه وحتى عندما تستحيل هذه الخبرات وتستعصي، وأيضاً يستطيع الناس إعطاء حياتهم معنى بوضع القيم الخيرية موضع الاعتبار، وذلك

بأن يخبروا الخير والحق والجمال، أو بمعرفة كائن إنساني واحد بكل ما يتفرد به، فإن الإنسان يظل قادراً على أن يعطي حياته معنى بالطريقة التي يواجه بها مصيره أو أحزانه. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٣).

فنحن في بعدنا الإنساني كما نقول اليزابيث لوكاس لا نكون مهتمين بشكل أساسي بإشباع أو إرضاء الدوافع، أو إيجاد حالة من التوازن الداخلي أو خفض الضغوط وإشباع الذات، كما يؤكد على ذلك أنصار المدارس النفسية، ولكننا نكون في هذا البعد محركين من خلال إرادة المعنى ... فإذا صممنا الوصول إلى هدف مختار من قبلنا، أو نذرنا أنفسنا لمهمة ما أو جعلنا قضية ما مركز اهتمامنا، أو أحببنا شخصاً ما فإننا سوف نكون مستعدين لتقديم التضحيات وننسى دوافعنا ونكون سعداء بسبب ما لدينا من رضا عن الذات .. لأن - كما يقول فرانكل: من لا يعرف من أجل ماذا يعيش لن يكون قادراً على الاستمتاع بأي شيء كان. (رحال، ١٩٩٨، ص ٢٩).

ويرى فرانكل أنه لا ينبغي أن يسأل الإنسان عن ماذا يعني أن يكون للحياة معنى؟ بل الأولى به أن يدرك أنه هو الذي ينبغي أن يوجه إليه السؤال، وبكلام آخر: كل إنسان مسؤول أمام الحياة، ويستطيع أن يجيب الحياة فقط عندما يستجيب لحياته أولاً، ويكون مسؤولاً. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٤). إن البحث عن المعنى هو دافع وراء الوجود الإنساني بما فيه فردية وحرية واختيار (الزيود، ١٩٩٨، ص ٢٩٤). ومعنى الحياة هو العامل الحاسم أو المقرر للمسؤولية، وهذا المعنى متفرد ويختلف من فرد لآخر.

٤ - معنى الحياة:

إن معنى الحياة هو معنى شخصي وفريد من حيث إنه يخص شخصاً فريداً في خصائصه وظروفه النفسية والاجتماعية، فكل إنسان بمفرده هو شيء جديد

في العالم ووجد ليحقق مهمته الخاصة في هذه الحياة، كذلك لا يمكن أن يحل شخص مكان شخص آخر، كما أن حياته لا يمكن أن تتكرر. يقول فرانكل: "ما بهم، ليس معنى الحياة عموماً، لكن بالأحرى المعنى المعين لدى حياة شخص ما في لحظة معينة." (Frankl, 1963, P171). ومن ثم تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة فريدة مثلما تعتبر الفرصة الخاصة في تحقيقها فريدة كذلك. يقول فرانكل: " لا بهم حقاً ما نَوقَعنا من الحياة، لكن ما الذي توقعت الحياة منا؟ وجوابنا يجب أن يتضمن، لا الكلام والتأمل، لكن العمل الصحيح والتصرف السليم." (Frankl, 1963, p122). ومما لاشك فيه أن هذه الفردية تزيد من مسؤولية الإنسان من وجوده (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٥). فالكائنات الإنسانية تدرك القيم باتجاهاتها نحو مصيرها وآلامها التي لا مهرب منها، وهذه القيم التي تعكس الاتجاهات أو القيم الاتجاهية كما يسميها فرانكل وإمكانية اعتبار هذه القيم ومراعاتها تظل قائمة حتى آخر رمق في الحياة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٣).

يرى فرانكل أنه لا شيء يضيع في الماضي بطريقة يتعذر معها استرداده، بل إن كل شيء يحفظ فيه ويصان بطريقة تتعذر معها إزالته ومحوه. إن زوال وجودنا لا يحتم أن يجعل وجودنا هذا بلا معنى، لكنه يحدد التزاماتنا بالمسؤولية واستعدادنا لتحملها، ذلك أن كل شيء يتوقف على تحقيقنا لما عندنا من إمكانات مؤقتة سمتها الأساسية أنها قابلة للزوال. ويسعى الإنسان دائماً ليقرر اختياراته المتعلقة بذلك القدر الهائل من الإمكانيات الحالية منها سوف يذهب إلى العدم ومنها سوف يعيش. وهناك من الاختيارات ما يصير حقيقة إلى الأبد، فينبغي أن يقرر الإنسان في كل لحظة، ما سيتركه من أثر لوجوده وذاكرات لحياته سواء أكانت آثاراً حسنة أو سيئة. إن الإنسان عادة ما يهتم

بالمجال السطحي من الزوال ويغفل الماضي بما فيه من مخزون كبير، حيث لا شيء من الماضي يمكن إزالته وإبطاله، كما لا يمكن عمل شيء بمعزل عن الماضي، وبالتالي الوجود الواقعي هو النوع الأرسخ للوجود. ويضع العلاج بالمعنى في اعتباره أن قابلية الزوال للوجود ظاهرة حتمية، فليس العلاج بالمعنى أنه اتجاه تشاؤمي ولكنه اتجاه فعّال وواقعي (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٥٩-١٦٠).

إن الأشخاص المتشائمين الذين يشغل بالهم التقدم في العمر، شأنهم شأن الشخص الذي يراقب التقويم المعلق على الحائط بشيء من الخوف والحزن حين يرى أوراقه تتناقص، ويرى معها عمره يتناقص أيضاً. أما الشخص الذي يتصدى لمشكلات الحياة بفاعلية هو أشبه بالشخص الذي يزيل كل ورقة من هذا التقويم ويحفظها مع مثيلاتها من أوراق سابقة. إنه لا يحسد الشباب على حيويتهم، ويعيش واقعه، رغم أنه يتذكر شبابه الذي ولى. عندئذ سوف يرى الشخص المتفائل أن في الماضي حقائق واقعية، مثل الأعمال التي أنجزها، وقدم من خلالها فائدة للناس ولذاته، وذكريات الحي الذي عاش فيه وأحبه، والأصدقاء، وفوق هذا وذاك، حقيقة المعاناة التي عاشها في حياته والتي يشعر بالفخر والاعتزاز لوجودها في حياته.

ولهذا فإن معنى الحياة لن يتوقف على طولها أو قصرها، ولكنه يتوقف على ما يحققه الإنسان من معان في حياته، حتى إذا ما داهمه الموت كان لديه ذخيرة من المعاني المحققة في الماضي. فالوجود الواقعي المحقق هو النوع الأرسخ للوجود.

وقد عبر فرانكل عن الحالة الذي يبقى فيها الإنسان متفائلاً رغم كل الجوانب المأساوية في حياته بمصطلح التفاؤلية التواجدية، والتي يعرفها

فرانكل: بأنها بقاء الإنسان متفانلاً رغم الألم أو المعاناة أو الذنب أو الموت.
وان صح القول إنها تعبير عن السؤال:

كيف نقول نعم للحياة رغم كل شيء ؟ أو كيف يمكن أن يعود للحياة معناها
رغم مظاهرها المأساوية ؟ وفي إجابة فرانكل على هذا السؤال يرى أنه لو
نظرنا إلى إمكانات الإنسان بأفضل صورها فإننا نجد أن بإمكانه:

- تحويل المعاناة إلى انجاز أو ماثرة، حيث إنه عندما يجد الإنسان أن مصيره
هو المعاناة فعليه أن يتقبل معاناته كأنها مهمة فريدة ومميزة مفروضة عليه
وأن يظهر الشجاعة في تقبل المعاناة التي لا تقلل من قيمتها الدموع والاعتراف
بلحظات الضعف.

- أن يستمد من الذنب فرصة لتغيير ذاته نحو الأفضل.

- أن يستمد من زوالية الحياة حافزاً ليسلك بشكل يعبر عن المسؤولية، فالموت
هو الذي يشعرنا بما في الزمان من طابع فريد لا يقبل الإعادة، والجهل بساعة
الموت هو الذي يحفزنا إلى العمل على الاستفادة مما في أيدينا من لحظات
حاضرة ومحدودة، فضغط زوالية الحياة هو الأساس الوحيد في جعل الإنسان
يشعر بضرورة الاستفادة من الوقت العابر (رحال، ١٩٩٨، ص ٣٠-٣١).

- إن الشيء الذي لا يمكننا إلغاؤه أو المفر منه حتمية المعاناة، ولكن هذه
الحتمية للمعاناة لا تعني بأي شكل من الأشكال إلغاء معنى الحياة. لأن معنى
الحياة ذاته يتولد أساساً من المعاناة.

- لا يستطيع الإنسان أن يحقق المعنى في حياته دون أن يكافح ويجاهد في
سبيله، ويهرب المعنى من الفرد الذي لا يستطيع أن يتحمل المعاناة ويتمتع
بالصبر. فالحياة لا يمكن أن تسير على وتيرة واحدة، بل لا بد وأن تواجهنا
فيها المشكلات التي تحتاج إلى كثير من الشجاعة والثقة بالنفس، بحيث يصبح

من الضروري على الإنسان أن يعايش المشكلات ويواجه المعاناة بانشرح الصدر الذي يُمكنه من الإحساس بالتغلب على المشكلات والشعور بالرضا الذي يجعله يتجاوز مرحلة اليأس. ولا يوجد شيء يساعد الإنسان بفاعلية حتى في أسوأ الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى في حياته (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٥٠-١٥٢).

- المعاناة ظاهرة مشتركة بين جميع الناس، وهي جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان، فهي تعيش معه منذ ولادته وحتى مماته، ولكل إنسان ظروفه التي تجعله يعاني بشكل أو بآخر.

- إن الإنسان الذي لا هدف له في الحياة، لا معنى في حياته، وبالتالي لا يكون قادراً على تحمل معاناته في الحياة.

٥- الديناميات المعنوية:

إن بحث الإنسان عن المعنى وسعيه نحو تحقيق القيمة ربما يثير توتراً داخلياً بدلاً من أن يؤدي إلى اتزان داخلي ومع ذلك فإن هذا التوتر هو بالضبط المطلب الذي لا بد منه للصحة النفسية، وأنه لا يوجد شيء في الدنيا يمكن أن يساعد الإنسان بفاعلية على البقاء وحتى في أسوأ الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى في حياته. وإذا كان هناك قلق وجودي يتفجر من افتقاد المعنى في الحياة، هو قلق اللامعنى، فإن هناك في المقابل قلقاً وجودياً ينبثق من وجود المعنى في الحياة وهو قلق المعنى، وقد أطلق فرانكل على هذا النوع من القلق اسم الديناميات المعنوية والتي يعرفها بأنها تلك الديناميات الموجودة في مجال التوتر والذي يتمثل قطباه في الإنسان من جهة والمعنى من جهة أخرى. وقد اعتبر فرانكل أن هذه الديناميات مطلب أساسي للصحة النفسية، فالصحة النفسية تستند إلى درجة ملائمة من التوتر، ذلك التوتر بين ما حققه الفرد بشكل فعلي

وبين ما يزال عليه أن يحققه، أو الفجوة بين واقع الفرد وما ينبغي أن يصير عليه. إن ما يحتاجه الإنسان حقاً هو القدر المعقول من التوتر الذي تثيره التحديات للمعاني التي توجب تحقيقها، وهذا التوتر هو من الطبيعة الإنسانية. وهذا التوتر كامن في الوجود الإنساني وبالتالي فلا غنى عنه بالنسبة للصحة النفسية. (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٠).

إن وجهة نظر فرانكل هذه تتعارض بشكل كبير مع نظريات الدافعية التي تركز على مبدأ استعادة الاتزان والتي تصور الإنسان كما أنه مهتم بمجرد المحافظة على اتزانه الداخلي من خلال خفض التوترات، ومثل هذا المبدأ لا يعطينا أرضية كافية لفهم السلوك الإنساني، لأن الحياة الإنسانية تبدو كما لو أن الإنسان ليس بحاجة إلى مجرد استعادة الاتزان أو خفض التوتر بقدر ما يحتاج إلى معنى يجتذب تواتره وينظمها حوله بل وأكثر من ذلك فإن تلك التوترات قد تصل إلى ذروتها، فتلك اللحظة التي غامر فيها الإنسان بحياته كلها في سبيل ذلك المعنى الذي يجعله فوق الحياة ذاتها فيموت لأجله وتضمنت توقعاته إلى الأبد ولكنها تخلق وراءها تلك الصرخة اللا متناهية التي نطق بها وجوده وعبر من خلالها عن معنى الحياة (رحال، ١٩٩٨، ص ٣٤).

٦- الفراغ والإحباط الوجودي:

إن الفراغ الوجودي ظاهرة واسعة الانتشار منذ القرن العشرين، ويرى فرانكل أنه بالرغم من طموح الإنسان على وجود ذي معنى في حياته إلا أنه في كثير من الأحيان قد تعترضه العقبات وتحول دون تحقيقه لذلك المعنى وتمنعه من فرض قيمه الشخصية على العالم الخارجي، فتنتابه حالة من الإحباط وخيبة الألم. ويطلق فرانكل على هذه الحالة اسم الإحباط الوجودي

The Existential Frustration الذي يكون مسؤولاً بدوره عن ظهور العصابية لدى الإنسان.

وقد تتخذ حياة الإنسان في بعض الأحيان صورة أكثر سوداوية فتبدو حياته خالية من أي كفاح وغير جديرة بالعيش من أجلها، وبالتالي تبدو حياته كبركة آسنة تخلو من أي نبض ينطق بالحياة، وهذا ما يولد لديه شعوراً بافتقار المعنى، فينظر إلى حياته الماضية على أنها تافهة وإلى مستقبله على أنه مظلّم، ويعاني في حاضره من الملل والفراغ. وقد أطلق فرانكل على هذه الحالة التي يشكو منها أمثال هؤلاء الناس اسم الفراغ الوجودي. والذي يعرفه بأنه خبرة بالافتقار الكلي للمعنى الجوهرية في الوجود الشخصي للفرد، ويكشف هذا الفراغ الوجودي عن نفسه أساساً في حالة الملل. وهنا نستطيع أن نفهم "شوبنهاور" حينما قال: إن الإنسانية قد حُكِمَ عليها بشكل واضح أن تتأرجح بين طرفين أحدهما الضيق، وثانيهما الملل، وقد سبب الملل مشكلات تحتاج إلى حل أكثر مما تحتاجه مشكلات الضيق. (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٣). وتؤكد لوكاس: أن الفراغ الوجودي ليس بصعب، ولكنه يشكل أرضية خصبة لنمو العصاب (رحال، ١٩٩٨، ص ٣). ويرى باترسون أن الفراغ الوجودي ليس مرضاً بحد ذاته، ولكنه يؤدي إلى الإصابة بالمرض، أو ظهور سلوكيات تدميرية تعود على الفرد وعلى مجتمعه بشكل عام بالضرر والأذى (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٥).

إن الفراغ الوجودي هو خبرة بافتقار المعنى والهدف في الوجود الشخصي للإنسان، والذي يجد شعوراً بالفراغ، ويتجلى هذا الفراغ بشكل أساسي من خلال الملل الذي ليس مرضاً عقلياً أو انفعالياً بحد ذاته، ولكنه حالة إنسانية تميز عصرنا الراهن. ويعتبر انهيار القيم الإنسانية سبباً لهذا الفراغ الوجودي

كما يقول فرانكل، حيث بدلاً من أن يسعى الكائن الإنساني إلى خلق قيم جديدة، فإن العكس هو الذي يحدث أي أن القيم العالمية في طريقها إلى الفناء، وهذا يفسر لماذا يجد الناس أنفسهم بشكل أكثر فيما يسمى بالفراغ الوجودي. ويرى فرانكل أن ما يحتاجه الإنسان ليس حالة اللاتوتر، ولكنه يحتاج إلى الكفاح في سبيل هدف جدير بالعيش من أجله، وعندما تتحقق جميع الحاجات الموجودة داخل الإنسان فإنه لن يجد ما يقوم به طالما أن جميع حاجاته قد تحققت، وهكذا تخلو حياته من الأهداف ويعيش الفراغ الوجودي (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٢-١٤٣).

وإن الذين لديهم فراغ وجودي يمكن أن نستدل عليهم من خلال عباراتهم الصريحة عن ذلك، فمثلاً بعضهم يقول: لا يوجد شيء في الحياة يجعلها تستحق أن تُعاش، وأيضاً من خلال إظهار الملل من كل شيء موجود أمامهم، والشعور بالاكتئاب والوحدة والعزلة. وقد يكون الفراغ الوجودي كما يرى فرانكل تحت أقنعة مختلفة مثل: الاكتئاب، العدوان، الإدمان. وفي بعض الأحيان يكون هناك تعويض لإرادة المعنى المحبطة بإرادة القوة بما في ذلك الشكل الأكثر بدائية لإرادة القوة هو إرادة المال، وفي حالات أخرى تحل إرادة اللذة محل إرادة المعنى المحبطة. وهذا هو السبب في أن الإحباط الوجودي قد ينتهي غالباً بالتعويض الجنسي. ونستطيع أن نلاحظ في تلك الحالات أن اندفاع الطاقة الجنسية يصبح متفشياً في حالات الفراغ الوجودي (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٣-١٤٤). وهؤلاء الأشخاص المعرضين لمثل هذه الظاهرة بحاجة إلى المساعدة من قبل العاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

إن المسؤولية تجاه الحياة تفترض الاستجابة لمواقف تلك الحياة، ويجب ألا تكون الاستجابة لفظية بل عملية أو فعلية، ويظهر الوعي بالمسؤولية كنتيجة للوعي بالهدف الشخصي الوحيد أو العياني أو " الرسالة الشخصية ". وتحقيق القيم الابتكارية يتزامن أو يتوافق مع الشخص في المجال الذي يمكن أن يرى تفرد و تميزه فيه، هذا العمل الذي يمكن اعتباره إضافة للمجتمع هو مصدر المعنى والقيمة لتفرد الشخص. إن المصدر ليس الوظيفة التي يعتمد عليها الإنجاز، فالوظيفة التي يشغلها الشخص لا توضع في الحساب، ولكن المعول كله يكون على الأسلوب الذي ينجز به العمل. والعصابيون الذين يظنون أن العمل المختلف قد يساعدهم على الانجاز وتحقيق المعنى يجب أن يعرفوا هذه الحقيقة السابقة، فليس العمل في ذاته، ولكن تعبير الشخص عن تميزه وتفرد في العمل أو العمل لأكثر أو لأبعد ما تقتضيه واجباته أو متطلباته هو الذي يعطي معنى لذلك العمل (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧٥). ويتفاعل الفرد من خلال عمله مع البيئة المحيطة لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويحيل قيمه ومثله حقيقة واقعية، ويبتعد عن عالم الأوهام والتخيلات ويوثق صلته بالعالم.

يعتبر العمل في نظر بعضهم مجرد وسيلة لكسب المال فقط، فيمضون حياتهم ركضاً وراء شيء زائل، وكأنهم جعلوا من تحقيق الغنى والثروة هدفاً لهم، وبزوال هذه الثروة سرعان ما يشعرون بخيبة الأمل وتفاهة ما كانوا يسعون وراءه، فتبدو لهم الحياة فارغة من أي معنى. وإذا كان العمل مصدراً من مصادر اكتشاف معاني في الحياة فإن انعدامه لا يحيل بالضرورة افتقار الحياة من المعنى، فمن الممكن الانشغال في أنشطة كثيرة ومتنوعة لاستخدام الوقت بصورة بناءة وتأكيد ثابت تجاه الحياة.

والإنسان العاطل عن العمل لا يجب أن يترك نفسه فريسة الشعور بالفراغ وعدم الفائدة، ولكن بإمكانه أن يحطم كل هذه الظروف الصعبة وينتزع منها معنى ومضموناً لحياته من خلال اهتمامات وهوايات يشغل بها وقته ويشعر من خلالها أنه مازال ذلك الإنسان القادر على التميز والعطاء. وكلما تعددت تلك الهوايات والاهتمامات كلما شعر الإنسان أن حياته بالمعاني التي تستحق أن تُعاش. "فევصاب البطالة يمكن التعامل معه بالعلاج النفسي، ولكن فقط عن طريق العلاج الوجودي، لأن المشكلة مرتبطة بمعنى الوجود، والعلاج الوجودي يوضح للشخص العاطل عن العمل طريقه إلى الحرية الداخلية بالرغم من موقفه الصعب أو السيئ، ويعلمه أنه من خلال الوعي أو المسؤولية يستطيع أن يوجد محتوى أو مضموناً لحياته الصعبة وأن ينتزع له معنى منها" (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧٦).

٨- معنى الحب:

إن البيئة المحيطة بالشخص حقل غني بالخبرات الإنسانية، والبيئة التي تتألف فيها الذات مع آخر هي المنطقة التي يمكن أن تتحقق فيها القيم الخبرية (أي المستمدة من الخبرة)، والحب هو عيش خبرة شخص آخر بكل تفريدها وفرديتها... ويتم في الحب فهم الشخص المحبوب بأخص خصائصه ككائن وحيد وفريد، ويفهم كأنه أنت، وبهذا يصبح داخل الذات. وكشخص إنساني يصبح بالنسبة إلى من يحبه لا غنى ولا بديل عنه، من غير أن يفعل أي شيء لإحداث ذلك.. فالحب ليس بالأحقية أو بالجدارة، إنه نعمة وفضيلة، وهو أيضاً سحر وفتنة (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧٦).

إن الحب هو الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخر في صميم شخصيته، فالمرء لا يمكنه أن يصبح واعياً تماماً بالجواهر العميق للكائن

الإنساني الآخر دون أن يحبه. فبوساطة الحب يستطيع الإنسان رؤية الحقائق والميزات الأساسية في الشخص المحبوب، بل أكثر من ذلك، فهو يرى ما هو كامن لم يتحقق بعد كي يتحقق. كما يمكن الحب الشخص المحبوب من تحقيق الإمكانيات الموجودة لديه، وذلك يجعله واعياً بما يمكن أن يكون عليه، وبالتالي يجعل تلك الإمكانيات حقيقة واقعية. فالحب يعطي الفرد تصوراً لذاته وتقبلها وشعوراً باستحقاق الحب، ويتيح له الفرصة لكي ينمو.

إن الشخص المحبوب بفضل هذه المساعدة من قبل من يحبه يسعى جاهداً لتحقيق إمكانياته فعلاً بما يعود عليه بالإعجاب والتقدير من قبل الشخص المحب له. فدائماً نجده مدفوعاً إلى العلو، يجاهد ويكافح باستمرار ليرقى بنفسه إلى أعلى درجة تجعله دائماً في صورة مرموقة ترضي الحبيب. فالحب طاقة وإنتاج، فالحب الحقيقي لا بد أن يدفع أصحابه إلى العمل والإنتاج، وكثيراً ما نسمع عن أولئك الذين قدموا أعظم أعمالهم في مناخ من الحب والوصال الوجداني، فكانت تجاربهم بمثابة طاقات منتجة وفعالة. كما ينمي الحب قدرة المحب على التحرر الذاتي والتسامي بالذات. فيفضل الحب يتحمل المحب كل العذابات والمعاناة في الحياة طالما أنه نذر تلك الحياة لحبيبه، فهو لم يعد يكثر بأية ظروف تواجهه طالما أنه بجانب الشخص الذي يحبه (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٩). وينعكس سحر الحب على العالم وعلى قيم الشخص، وهناك عامل ثالث يدخل في الحب وهو "معجزة الحب"، وهي الدخول في حياة شخص جديد، كأنه طفل وليد. والشخص كمحب يمكن أن يختلف رد فعله إلى الطبقات الثلاث للشخص المحبوب: بدنياً ونفسياً وروحياً. والحب والاتجاه الذي يتوجه نحو الطبقة الروحية للمحبيب. وتحتوي هذه الطبقة وحدها بال شخص المحبوب الذي لا يمكن استبداله، والذي يتصف بال...

هو أحد الطرق الممكنة لملء الحياة بالمعنى، وهو ليس أحسن الطرق على أية حال. وحياتنا يمكن أن تكون فقيرة بحق إذا كان معناها يعتمد فقط على السعادة في الحب. كما أن الحب الحقيقي يظل صادقاً إلى الأبد، أما العلاقات المبنية على الجنس علاقات سطحية، وهذه العلاقات ليست حباً، وهؤلاء المنغمسون في هذه العلاقات لا يريدون الحب الذي يعني المسؤولية. فالشخص الذي يحب يمكنه أن يشكل حياته بأسلوب مفعم بالمعنى (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧٧).

٩- معنى المعاناة:

حينما يجد شخص نفسه في موقف لا مفر منه، وحينما يكون على شخص أن يواجه قدراً لا يمكن تغييره، كأن يكون مرضاً عضالاً مثل السرطان، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا، لتحقيق المعنى الأعمق وهو معنى المعاناة. والمهم فوق كل ذلك هو الاتجاه الذي نأخذه نحو المعاناة والاتجاه الذي نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا. واستشهد فرانكل بمثال واضح: حيث لجأ إليه ذات مرة طبيب متقدم في العمر كان يعمل ممارساً عاماً طالباً الاستشارة بسبب ما يعانيه من اكتئاب شديد. ذلك أنه لم يستطع أن يتغلب على مشكلة فقدان زوجته التي ماتت منذ عامين والتي كان يحبها حباً جماً. وتساءل فرانكل كيف يمكن أن يساعده؟ وما الذي عليه أن يقوله؟ فواجهه بالسؤال التالي: "دكتور ما الذي يمكن أن يحدث لو أنك توفيت أولاً، وأن زوجتك بقيت على قيد الحياة بعد وفاتك؟". قال الطبيب بنبرة تعكس إحساسه بالدهشة والألم: "كان هذا سيكون لها أمراً رهيباً للغاية، إذ كانت ستحس باللوعة والمعاناة!". عندئذ أجاب فرانكل: "هكذا ترى، يا دكتور، أنها كانت ستعيش تلك الآلام وهذه المعاناة، وأنت أنت الذي عشت من أجلها تتحمل المعاناة، وعليك الآن أن تضحي من أجلها بالبقاء وبتقديس ذكراها". ولم ينطق

الطبيب بكلمة واحدة ولكنه صافح فرانكل وانصرف بهدوء. (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٤٩). ومن الطبيعي أن هذا لم يكن علاجاً بالمعنى الصحيح، طالما أن يأس الطبيب الزائر أولاً، لم يكن مرضاً، وثانياً لأن فرانكل لا يستطيع أن يغير من قدره، لأنه لا يستطيع أن يعيد الحياة لزوجته. لكن فرانكل في تلك اللحظة قد نجح في تغيير اتجاه الطبيب نحو قدره غير القابل للتغيير، حيث أنه قد أصبح منذ ذلك الوقت فصاعداً قادراً على أن يرى معنى في معاناته، لأن المعاناة تتوقف عن أن تكون معاناة بشكل ما في اللحظة التي تكتسب فيها المعاناة معنى، مثل معنى التضحية.

من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن الاهتمام الرئيس عند الإنسان لا يكون هو الحصول على اللذة أو تجنب الألم، وإنما يكون بأن يرى معنى في حياته. وهذا هو السبب في أن الإنسان مستعد للمعاناة، شريطة أن يكون لمعاناته معنى. ولا حاجة لنا للقول بأن المعاناة لا يكون لها معنى إلا إذا كانت ضرورية، ولا غنى عنها على الإطلاق، ففي حالة مرض السرطان مثلاً إذا كان من الممكن علاجه عن طريق عملية جراحية فلا يجوز أن يتحمل المريض قسوة المعاناة سيراً بها في طريق الآلام نحو خاتمة محتومة، فليس في هذا أي بطولة وإنما هو مجرد تعذيب للذات. أما إذا كان الطب لا يستطيع أن يعالج المرض ولا أن يخفف من آلامه، فإنه ينبغي أن يستخدم مقدرة المريض على تحقيق معنى لمعاناته. وفي ذلك نجد أن العلاج النفسي التقليدي يهدف إلى إحياء مقدرة الشخص على العمل وعلى الاستمتاع بالحياة، في حين أن العلاج بالمعنى وإن كان يتضمن كل هذا، إلا أنه يمضي إلى ما هو أبعد منه وذلك عن طريق جعل المريض يستعيد، إذا لزم الأمر، مقدرة على المعاناة. (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٥١).

رابعاً: أهداف نظرية الإرشاد بالمعنى

- ١- جعل المسترشد أكثر إدراكاً ووعياً لحياته.
- ٢- توضيح فردية المسترشد.
- ٣- اعتبار الإنسان كائناً ينصب اهتمامه الرئيسي على تحقيق المعنى وتحقيق القيم بدلاً من أن يهتم بمجرد إرضاء أهوائه وإشباع دوافعه.
- ٤- تعزيز الحرية في المسترشد، فالحرية هي حقيقة الوجود الإنساني. وهي الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية.
- ٥- الاهتمام بالبعد الروحي للوجود الإنساني الذي يميز الإنسان عن الحيوان، فالروحانية تتبع ظاهراتياً خلال الوعي الذاتي الحالي أو الآتي.
- ٦- تعزيز الشعور بالمسؤولية عند المسترشد. أي أن كل إنسان مسؤول أمام الحياة، ويستطيع أن يجيب الحياة فقط عندما يستجيب لحياته أولاً بأن يكون مسؤولاً.
- ٧- التأكيد على أن معنى الشخصية الإنسانية مرتبط دائماً بالبيئة التي يحيا فيها الفرد.
- ٨- إن الدافع الأساسي في الفرد هو الرغبة في تحقيق المعنى. ولكي يواجه الفرد مطالب الحياة المتعددة، فإنه يتعين عليه أن يحدد معنى لحياته.
- ٩- تكوين هدف عند الإنسان، لأنه بدون هدف وبدون أمل لا يوجد معنى للحياة، وليس هناك سبب للاستمرار.
- ١١- إن الحب هو أقصى وأعلى هدف للكائنات الإنسانية، وإن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب.
- ١٢- جعل الأشياء هدفاً تابعاً أو تالياً في الأهمية لتحقيق المعنى.

١٣- تحسين علاقة الفرد بالآخرين.

١٤- مساعدة المسترشد في تثبيت إرادته وتقويتها. حيث إن الهدف من العلاج بالمعنى ليس إعطاء معنى جاهز لحياة المتعالج، ولكن إيقاظ المتعالج لإيجاد معنى ملموس لوجوده، ويكون دور المعالج مجرد مساعد للمتعالج كي يقوم بهذه المحاولة.

١٥- تنمية الضمير الصحيح في اختيار المعاني وتحقيقها، فصحيح أن كل فرد حر في اختيار المعاني في حياته وأن المعالج لا يحاول فرض أي معنى على المتعالج لأن المتعالج يرجع إلى ضميره هو في اختيارها وتحقيقها، إلا أن ذلك لا يعني أن يبقى المعالج متمسكاً بهذه الحيادية حتى في حالات الطوارئ. فعندما يواجه المعالج مثلاً حالة تتطوي على خطر محاولة الانتحار أو قتل الآخر، فإنه يتدخل. فالإنسان حر في اختيار معنى لحياته ولكن دون إيذاء للآخر أو للذات.

١٦- إثراء نظام القيم لدى المتعالج، إذ إن العلاج بالمعنى يشير إلى علاقة مباشرة بين الصحة النفسية والقاعدة الواسعة من القيم التي تملأ حياتنا.

١٧- معرفة الفرد ما يريد، وهو واع لوجوده وحضوره، وأن اللحظة التي يميز فيها الفرد وجوده الحقيقي في هذا العالم ويدرك فيها تفردَه هي لحظة لا تضاهي.

خامساً: عملية الإرشاد بالمعنى

يحاول الإرشاد بالمعنى أن يجعل المسترشد واعياً كل الوعي بالتزامه بمسؤوليته، ولذلك يجب أن تترك له حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه لنفسه كشخص يتحمل مسؤوليته باختياره لأهدافه في الحياة. وإن مهمة المرشد

بالمعنى ليس فرض أحكام قيمية على المسترشد، وليس إعطاء معنى لحياته، ولكن مساعدة المسترشد على اكتشاف المعنى الذي هو موجود أصلاً. إن مهمة المسترشد إذن أن يقرر ما إذا كان عليه أن يفسر مهام حياته على أساس كونه مسؤولاً أمام المجتمع أو أمام ضميره، إلا أن الغالبية من الناس يعتبرون أنفسهم مسؤولين ومحاسبين، وهم بذلك يمثلون أولئك الأشخاص الذين لا يفهمون حياتهم على أساس المهمة المقررة فحسب، ولكن يفهمونها أيضاً في ضوء ما يقرره ممن يكلفونهم بهذه الأعمال.

يعتبر الإرشاد بالمعنى بعيداً عن كونه عملية تفكير، وبعيداً أيضاً عن أن يكون مجرد وعظ ونصيحة، فالمرشد النفسي هنا ليس معلماً ولا واعظاً. ويحاول الإرشاد بالمعنى الاستفادة من الحوار السقراطي القائم على التساؤل في مناقشة المشكلات التي يعاني منها الأفراد. فكون الإرشاد بالمعنى يهتم بمشكلات وجودية أو روحية أو فلسفية فإنه ينطوي على مناقشة لهذه المشكلات. والحوار السقراطي القائم على التساؤل يمكن استخدامه، وليس من الضروري الدخول في جدال معقد مع المرضى. ويؤكد الإرشاد بالمعنى على أهمية العلاقة بين المرشد والمسترشد في نجاح العملية الإرشادية، فما يهم في العلاج بالمعنى ليست الفنيات بحد ذاتها وإنما العلاقة الإنسانية بين المعالج والمريض، أو هو ذلك الالتقاء الشخصي الوجودي (فرانكل، ١٩٩٨، ص ١٠). وتتطلب العلاقة توازناً بين طرفين: الترابط الإنساني والتباعد العلمي، وذلك يعني أن المعالج يجب ألا يوجهه مجرد التعاطف والرغبة في مساعدة المريض، وألا يكتب اهتمامه الإنساني بكائن إنساني آخر، وذلك بأن يعامله فقط بمقتضى التكنولوجيا الفني العلاجي. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٧٩).

يجب أن يضع المعالج بعين الاعتبار الاختلاف اللامحدود بين المرضى، مما يؤدي إلى عدم التعميم من مريض إلى آخر، وهكذا فإن المعالج النفسي يواجه دائماً بمهمة مزدوجة، فمن ناحية عليه أن يهتم بتفرد كل شخص ومن ناحية أخرى يجب أن يتفهم بتفرد مواقف الحياة لدى هذا الشخص الذي يتعامل معه. وإن اختيار الطريقة العلاجية من أجل حالة معينة لا يتوقف على تفرد المتعالج فحسب ولكنه يتوقف على شخصية المعالج. ويمكن تشبيه هذا الأمر بالمعادلة التالية:

$$\text{الطريقة العلاجية} = \text{تفرد المتعالج} + \text{شخصية المعالج}$$

وهذا ما يفسر لنا لماذا قد تنجح طريقة علاجية معينة مع أحد المرضى في حين أنها تفشل عندما تطبق على مريض آخر أو من قبل معالج آخر. (رحال، ١٩٩٨، ص ٤٧)

لقد وضع فرانكل مجموعة من القواعد التي تحدد العلاقة بين المرشد والمسترشد ودور كل منها ومن أهمها:

- القاعدة الأولى: ضرورة إيجاد الفرد لمعنى في حياته، وهو أمر يتعدى مجرد إيجاد المعنى للحياة بحد ذاتها ليشمل إيجاد معنى للمعاناة ومعنى للموت.

- القاعدة الثانية: لا يقع على المرشد واجب أن يجد المعنى لحياة المسترشد، إنما على المريض أن يكتشف ويجد هذا المعنى المحدد بنفسه، ومهمة المرشد هي فقط في مساعدة المسترشد في مساعاه. فإيجاد المعنى ليس معناها اختلاف هذا المعنى وإنما اكتشافه (كمال، ١٩٩٤، ص ٤٧٣). وفي هذا تأكيد واضح على مسؤولية المسترشد سواء في إيجاد معنى في حياته أم في الاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه وصعوباته

وأغراضه، فدور المسترشد في العلاج بالمعنى هو دور ايجابي وليس دوراً سلبياً.

- والقاعدة الثالثة في الإرشاد تتجه نحو ضرورة إدراك الفرد بأن له مهمة في الحياة وأنه ملتزم بتحقيقها وبأن معاناته هي جزء من هذا الالتزام.

- والقاعدة الرابعة: هي في إدراك الفرد بأن تجاوز الذات هو جوهر الوجود، بمعنى أن الوجود يكون صارماً بقدر ما يكون مؤشراً إلى شيء خارج نفسه. وأن معنى حياة الإنسان يتحقق عن طريق القضية الخارجية عن نفسه والتي يجعلها قضيته والاستعداد لأن يموت ويحيا من أجلها.

- والقاعدة الخامسة: تكمن في ضرورة توفر القدر الكافي من التوتر في حياة الإنسان، وقد يبدو متضارباً أن يسعى الإنسان إلى توفير التوتر في حياته بالنظر لما يسببه هذا التوتر من أمراضاً. غير أن فرانكل يبرر ذلك بالقول بأن: هناك أمراض تنشأ من التوتر، كما أن هنالك أمراض أخرى تنشأ عن فقدان هذا التوتر.

- والقاعدة الأخيرة التي تستند عليها نظرية الإرشاد بالمعنى هي أن عصاب المعنى لا يجد جذوره في الصراع القائم بين مختلف الدوافع أو بين أجزاء التكوين النفسي الهو، الأنا، الأنا الأعلى، كما هو الحال في أمراض العصاب النفسي، وإنما يجد جذوره في الصراع الذي يحدث بين مختلف القيم، أو في مسعى الإنسان نحو تحقيق معنى نهائي لحياته. وهذه القاعدة توضح بأن علاج المعنى يعني بفشل الإنسان في كفاحه من أجل إيجاد معنى لحياته، وبالإحباط لإرادة المعنى عنده. وهكذا فإن جميع الحالات المرضية التي تعود أسبابها إلى الإحباط الوجودي فإنها قابلة للعلاج باستخدام العلاج بالمعنى. (كمال، ١٩٩٤، ص ٣٧٤-٣٧٥).

سادساً: الاضطراب النفسي في نظرية الإرشاد بالمعنى

يُلاحظ أن ظاهرة الفراغ الوجودي قد ازدادت بشكل سريع في العقود الأخيرة، وقد أثرت هذه المشكلة على المجتمعات المعاصرة بشكل كبير. والشكوى الشائعة للمضطربين نفسياً هي أن حياتهم ليس لها معنى، فقد تنقصهم المعرفة أو الوعي أو الهدف الذي يعيشون من أجله. إنهم يتألمون من الفراغ داخل أنفسهم، وهذا ما أطلق عليه فرانكل "الفراغ الوجودي". وهذا الفراغ الوجودي يظهر على شكل ملل أو ضيق أو اكتئاب، وهذا سبب الكثير من المشكلات التي تواجه الإنسان. وأحد مظاهر الاكتئاب يوم العطلة الأسبوعية عند بعض الناس وظهور الفراغ الداخلي في نفوسهم، وإحباط الرغبة هذا في وجود المعنى هو ما سماه فرانكل "الإحباط الوجودي". ويشير "باترسون" إلى أن هذا الإحباط يعوض عنه أحياناً بصورة غير مباشرة بوجود الرغبة في القوة، وفي حالات أخرى تحل الرغبة في المتعة محل إحباط الرغبة في المعنى، وهذا يُوضح لماذا يؤدي الإحباط الوجودي إلى تعويض جنسي، حيث يلاحظ في بعض الحالات أن الطاقة الجنسية تنور خلال الفراغ الوجودي. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٥). وقد تظهر لدى بعض الأفراد ميول انتحارية أو رغبة في تعاطي المخدرات، أو سلوكيات غير سوية لملاءمة هذا الفراغ مثل الإفراط في الأكل أو لعب الورق والنرد وغيرها.

وقد نجد أن نسبة من أولئك الأفراد تظهر لديهم رغبة في الموت لأن الحياة أصبحت خالية من المعنى في نظرهم وتعكس حالة من الفراغ الوجودي لديهم. وهكذا نجد أن المشكلات النفسية تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لملاءمة هذا الفراغ لدى الإنسان مما يؤدي إلى شعوره بضعف الإرادة وقلّة الشعور بالمسؤولية والضيق والقلق.

وقد يؤدي البحث عن معنى إلى توتر بدلاً من التوازن، ولكن مثل هذا التوتر - كما يشير باترسون - ليس مرضياً، إنه مطلب ضروري للصحة العقلية، فالصحة العقلية مبنية إلى حد ما على التوتر، التوتر بين ما أنجزه الفرد بالفعل وما يزال من الواجب عليه أن ينجزه، أو التوتر بسبب المسافة بين ما عليه الفرد بالفعل وما يجب أن يكون عليه. وما يحتاجه الفرد في المقام الأول ليس تفريغ التوتر أو التوازن أو الثبات الداخلي، ولكنه يحتاج لدينامية الروحية في قطبي التوتر، حيث يكون المعنى هو المعبر عن أحد القطبين، ويكون الإنسان الذي يجب أن ينجزه هو القطب الآخر. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٥).

إن الصراعات الوجودية قد توجد من غير عصاب، إلا أن نظرية الإرشاد بالمعنى تعتبر أن كل عصاب له مظهر وجودي، وتضرب الأعصاب بجذورها في الأبعاد الرئيسة للكائن الإنساني: الجسمي، النفسي، الاجتماعي، الوجودي (الروحي). ونورد فيما يلي بعض الأعصاب والذهانات التي تهتم بها هذه النظرية:

١- العصاب الروحي (الفكري): The Noogenic Neurosis

ويظهر هذا العصاب نتيجة الصراعات الأخلاقية (بين القيم المختلفة)، أو المشكلات الروحية، ومن بينها الإحباط الوجودي الذي يقوم بدور كبير. والاضطراب ليس في البعد الروحي ذاته، ولكنه يظهر في شكل بدني نفسي، فالأعصاب الروحية أمراض ناتجة عن الروح ولكنها ليست أمراضاً للروح أو في الروح ذاتها. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٦)

٢- العصاب الجمعي: The Collective Neurosis

يسيطر القلق على المجتمعات قديمها وحديثها، ولكن لكل مجتمع قلق يميزه. وهناك عدة أعراض معينة للفرد العصري تشبه العصاب، ويمكن اعتبارها عصاباً جمعياً. ونجد حسب هذه النظرية أعراض أربعة وهي:

أ- الشك وعدم الثقة بالحياة.

ب- الاتجاه نحو الجبرية أو القدرية في الحياة.

ت- التفكير الجمعي، حيث يحب الإنسان أن ينخرط في الجماهير، متخلياً عن نفسه ككائن مسؤول.

ث- التعصب، فبينما الإنسان المنخرط في الجماهير يهمل شخصيته، فإن المتعصب يهمل شخصيات الآخرين.

وهذه الأعراض الأربعة تعود إلى خوف الإنسان من المسؤولية وهروبه من الحرية. وإن علاج الأعصاب الجمعية يكون بالتربية والصحة النفسية أكثر من العلاج النفسي.

٣- عصاب القلق: Anxiety Neurosis

ينطوي هذا العصاب على اضطراب حركة الأوعية الدموية، كاضطراب وظائف الغدد أو العناصر الخلقية، وتعمل الخبرات المؤلمة كعوامل استعدادية أو كمثيرات تركز على الأعراض، ولكن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي. والقلق الوجودي هو: الخوف من الموت، والخوف من الحياة ككل (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٧). إنه ناتج عن ضمير يشعر بالذنب تجاه الحياة أو الشعور بعدم تحقيق الشخص لطموحاته، وقد يصبح هذا الخوف مركزاً على عضو من الجسم أو على موقف رمزي على شكل رهاب (Phobia).

فالمريض الذي يخاف من الأماكن المفتوحة يصف قلقه بأنه شعور المتعلق بالهواء، وهذا يصور موقفه الوجودي كله، والذي كان العصاب تعبيراً عنه.

٤- عصاب الوسواس: Obsessional Neurosis

يشتمل هذا العصاب على عوامل نفسية واستعدادات تكوينية وعلى عامل وجودي يتمثل في اختيار الفرد مواصلة العصاب الوسواسي. وكما يشير باترسون فإن "المريض لا يعتبر مسؤولاً عن الأفكار الوسواسية، ولكنه على اليقين مسؤول عن اتجاهه نحو هذه الأفكار". (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٧). والعصابي الوسواسي غير قادر على التسامح مع ما هو كائن وما يجب أن يكون، ونظرته للعالم يجب أن تكون كملاً مطلقاً، وهدفه تحقيق اليقين المطلق في المعرفة والقرار.

٥- الذهان الداخلي أو جنون الصمت: Melancholia

يعاني مريض الذهان الداخلي من قلق له أساس بدني، ومن عدم الكفاية النفسية، كالتوتر بسبب ما يكون عليه الفرد وما يجب أن يكون عليه، أو بين الحاجة الفعلية وما يمكن انجازه. وعدم الكفاية هذا يتم الشعور به كلون من العجز الذي يظهر في صور متنوعة من المخاوف التي كانت تسبق الحالة المرضية الحالية: كالمخاوف من عدم القدرة على كسب المال، أو من عدم القدرة على تحقيق أهداف الفرد في الحياة، أو الخوف من يوم القيامة. ويشعر المريض بأنه لا قيمة له، وأن حياته لا معنى لها (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٨).

٦- الفصام: Schizophrenia

تشكل ظواهر الشعور بالوقوع تحت التأثير أو الملاحظة أو الاضطهاد ألواناً من الفصام. فالمنفصم يخبر ذاته أو يشعر بها، أو ينظر إليها كهدف

للملاحظة أو الاضطهاد المقصود من الآخرين. وهو يخبر ذاته كما قد تحول من الفاعلية إلى المفعولية. وهذا الإذعان لهذه الخبرات يُستدل عليها من لغة الفصامين، ومن استخدامهم المزاج الإذعاني. فالفصامي يخبر ذاته كشخص محدود في إنسانيته الكاملة، أي يراها كذلك لدرجة لم يعد معها يشعر بأن ذاته حقيقة موجودة، لقد تأثر الأمران: الوعي والمسؤولية (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٦٩).

سابعا: بعض فنيات الإرشاد بالمعنى

تعتبر الأساليب والتقنيات التي يقدمها الإرشاد بالمعنى بمثابة الصياغة الإجرائية لإطار النظرية التي يقوم بها هذا الإرشاد. إنها الجسر الذي ينتقل من خلاله المرشدون من حيز النظرية إلى أرض الواقع والتطبيق. وقد قدم أنصار الإرشاد بالمعنى مجموعة من التقنيات والأساليب التي يمكن أن تكون مفيدة في مواجهة بعض الحالات ونذكر من هذه التقنيات والأساليب:

١- تقنية القصد العكسي PARADOXICAL INTENTION

وقد صمم هذه التقنية فرانكل وذلك لمواجهة عصاب الفوبيا وعصاب الوسواس القهري وغير ذلك من حالات تتطوي على قلق مثل: اضطرابات النوم واضطرابات الكلام. ويقارن فرانكل بين ما يحدث عند المريض في حالة توقع القلق وما يحدث في حالة القصد العكسي، ففي حالة توقع القلق، فإن القلق يحدث نفس النتائج التي يتوقعها الفرد، وتوقع القلق يحدث اضطراباً في الأداء أو يمنع الأداء كلياً. حيث إنه بقدر ما يخاف المريض من حدوث أعراض المرض ويحاول تجنبه، بقدر ما يكون عرضة لحدوثه، فالمريض الذي يخاف من احمرار وجهه عند دخوله لبيئة جديدة، سوف يحدث له ذلك فعلاً طالما أنه خائف من احتمال حدوث ذلك، وطالما أنه يحاول بشدة ألا يحمر وجهه. وهكذا

فإن المريض يقع في حلقة مفرغة بسبب ميكانزمات التغذية الراجعة. وفي ضوء هذه الظاهرة فكر فرانكل أنه لو حاول المريض أن يحمر وجهه بدلاً من محاولته ألا يحمر فإن هذه الحلقة ستتكسر وبالتالي لن يحمر وجهه، لأن اتجاهه من هذا العرض تغير من الخوف إلى الرغبة في حدوثه، وقد أطلق فرانكل على هذه العملية اسم القصد العكسي، ويعرف أنه محاولة المريض أن يفعل أو أن يرغب في حدوث ما يخاف منه، وتكون النتيجة انتزاع القلق التوقعي الذي يفسر ميكانزمات التغذية الراجعة والتي تبدئ بها الحالة العصابية وتجعلها تستمر (فرانكل، ١٩٩٨، ص ١٢٣-١٢٤).

ويستخدم فرانكل في هذه التقنية مقدرة الإنسان الخاصة على فصل النفس لأعراض علاجية، ويفسر فرانكل المعنى الكامن في هذه التقنية العلاجية على أساس من توافر حسن النكتة في الإنسان. فالنكتة برأي فرانكل تساعد الفرد في الارتفاع فوق مشكلته عن طريق السماح له بالنظر إلى نفسه بشكل منفصل، وهكذا فإن النكتة قائمة في بعد المعنى. ويقول فرانكل أنه يتم تطبيق تقنية القصد العكسي في جو فكاهي حيث يحاول المريض إظهار أعراضه بشكل مبالغ فيه لدرجة تدعوه إلى الضحك على نفسه والسخرية من هذه الأعراض. وبذلك تصدق عبارة جوردن أولبرت " أن العصابي الذي يتعلم أن يضحك على نفسه يمكن أن يكون في طريقه إلى التحكم بالذات وربما إلى الشفاء ". (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٦٤).

إن المريض المصاب بالفراغ والذي يخشى من أن يواجه موقفاً لأن شيئاً خطيراً سيصيبه فيه، فإنه يشجع على أن يقصد أو أن يتمنى ولو للحظة واحدة أن يواجه الشيء الذي يخشاه، فذلك يؤدي إلى تغير في مواقف المريض تجاه أعراضه المرضية مما يمكنه من أن يضع نفسه على بعد من هذه الأعراض، أي أن يعزل نفسه عن عصابه، وقد طبق فرانكل أسلوبه العلاجي القائم على

أساس تشجيع الفرد على ألا يهرب من أعراضه المرضية. بل على العكس أن يضع نفسه في موقف يزيد منه، ويتضح من ذلك أن أسلوب القصد العكسي يؤدي إلى التقليل من الأعراض العصابية أو إزالتها. (كمال، ١٩٩٤، ص ٢٥٨)

وهناك مجموعة من القوى التي تكون نشطة عند تطبيق القصد العكسي وهي:

- أن المريض يستخدم حريته الداخلية في استبدال الخوف بالرغبة، وبالتالي فإنه يحرر ذاته من أعراضه المزعجة، وذلك باتخاذ موقف ما نحوها، ومثل هذا الأمر يؤكد مسؤولية المريض، ويمنع اعتماده على المعالج.

- يركز القصد العكسي على مبدأ فيزيولوجيا الأعصاب مؤداه، أن الإنسان لا يمكنه أن يحدث استجابة لا إرادية بشكل إرادي (الخوف استجابة لا إرادية والرغبة هي فعل إرادي).

- أن تكرار تطبيق القصد العكسي لمرات عديدة وإعادة التدريب على نماذج من ردود الفعل الانفعالية لدى العصابي هو أمر ضروري لكي تتم عمليات إعادة الإرشاد.

- إن عدم وجود القلق لدى المعالج فيما يتعلق بأعراض مريضه ينتقل إلى المريض أيضاً ويصبح هو الآخر غير قلق بالنسبة لها.

- الدافعية، كما في كل أشكال العلاج النفسي تؤسس قاعدة لنجاح العلاج، ونظراً لأن هذه التقنية تقوم على مبادئ تفتتح بها الدراسة السلوكية فقد لاقت اهتماماً بالغاً من قبلها.

وبالرغم من أن تقنية القصد العكسي تتضمن المفاهيم الفلسفية للعلاج بالمعنى إلا أنها طبقت من قبل أنصار المدارس الأخرى وخاصة من قبل

المعالجين السلوكيين الذين ساهموا في تقديم أدلة على الفعالية العلاجية لهذه التقنية.

٢- تشتت التفكير DERELICTION

قام فرانكل بتصميم هذه التقنية لمواجهة تلك الحالات التي تعاني من العجز بسبب وسوسها القهرية، فالإنسان يرتد على نفسه ويصبح مبالغاً في التركيز عليها فقط عندما يخفق في تحقيق رسالته ويحبط بحثه عن المعنى. وبالتالي فإن مبدأ تشتت التفكير هو عملية تحويل انتباه الفرد من أعراضه العصابية إلى مجالات أخرى متبقية داخل شخصيته والتي مازال بإمكانها تأدية وظائفها بشكل كاف، مما يمكنه من إيجاد معنى وهدف يجعلان حياته جديرة بالعيش. فهذه التقنية تهدف إلى تحويل انتباه الفرد من نقاط الضعف الموجودة في شخصيته إلى نقاط القوة، وتشجيعه على تجاوز الذات والتوجه إلى العالم الخارجي لأن المعاني توجد في العالم الخارجي أكثر منه داخل الذات. فعندما يفشل الفرد في تحقيق أهدافه سوف يرتد على ذاته ويفرط في مراقبة نقاط الضعف لديه. ومثل هذا الأمر ينطبق على السعادة مثلاً فبقدر ما يفكر الفرد بسعادته ويبحث عنها بداخله بقدر ما يفشل، وبقدر ما يتجاوز ذاته ويفكر بأمر خارج ذاته (كمساعدة الآخرين أو سعادة الشخص الذي يحبه...) بقدر ما تأتيه السعادة بشكل ألي وتلقائي. ويجب على المريض أن يصرف تفكيره عن قلقه التوقعي إلى شيء آخر. وخلال عملية صرف التفكير يمكن للمريض إغفال عصابه عن طريق تركيز انتباهه بعيداً عن ذاته، ويتوجه نحو حياة مفعمة بالمعاني الممكنة، وبالقيم ذات الجاذبية الخاصة لإمكاناته الشخصية.

٣- اللوجودراما LOGODRAMA

تستند هذه الطريقة على الإرشاد بالمسرحيات النفسية، ووفق هذه الطريقة يحكي كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية قصة حياته وبعد ذلك يُطلب منه أن يتخيل الحياة وقد مضت به إلى الأمام وأنه الآن على فراش الموت ثم يتذكر حياته الماضية ليرى ما حققه من معانٍ، فمثل هذا التخيل يزيد من إحساسه بالمسؤولية في عمل التصحيحات الضرورية وتقرير محتوى الفصل الثاني من حياته المتبقية.

٤- طريقة منهج القصة الرمزية:

يرى فرانكل أن الطبيب يجب ألا يعالج المرض فقط بل يجب أن يهتم باتجاه المريض نحو مرضه، فالمشكلة التي تزعج المريض ليس فقط الألم والمعاناة من المرض ولكن أيضاً القلق من الموت، وخاصة في حالة المرض العضال. وفي هذه الحالة يبقى أمام المعالج أن يوصل إلى المريض أنه لا شيء يضيع في الماضي، فكل شيء يدخر وكأنه مخزن والماضي هو أكثر الأساليب أماناً بالنسبة للكائن الإنساني.

إن طريقة منهج القصة الرمزية تقوم على العلاج بالمعنى ومصممة لمساعدة المرضى في الوصول إلى معنى، وذلك انطلاقاً من الأفكار التي يؤمن بها العلاج بالمعنى والتي تذهب إلى أن المعنى يمكن أن يكون موجوداً حتى في خبرة المرض والألم والمعاناة. ووفق هذه الطريقة تقوم الممرضة في أثناء تعاملها مع المرضى بسرد حكاية رمزية بقصة توضح فيها أنه لا يوجد كائن إنساني في الوجود لم يعان.

ثامناً: تقويم النظرية

إن نظرية الإرشاد بالمعنى نشأت متأثرة بالفلسفة الوجودية ثم أخذ فرانكل بتطوير فلسفة وجودية خاصة به نشأت من خلال ممارسته الاكلينيكية ومن

وجوده في معسكرات الاعتقال. ولقد اهتمت هذه النظرية بالجانب الروحي للإنسان حيث أن العلاج بالمعنى يعالج المشكلات الفلسفية والروحية وهدفه حشد أقصى إمكانيات المريض لكي يدرك قيمه الدفينة وأن يحقق معنى ملموساً لوجوده الشخصي ومعنى الحياة.

إن بحث الإنسان عن معنى الحياة - كما يرى فرانكل - يعتبر دافعية أولية في حياته وليس مجرد تبرير ثانوي لدى دافعه الغريزي. وإذا كان البحث يعبر عن حاجة إنسانية ملحة موجودة لدى كل إنسان، إلا أن بعضهم قد تنجح مساعيه فعلاً في إيجاد معنى في حياته وبعضهم الآخر يفشل. وبناء على ذلك فإن فرانكل ميز بين مجموعتين من الناس:

- ١- أولئك الذين لا يزالون في حالة بحث عن المعنى أو أنهم في حيرة وهؤلاء يجدون أنفسهم في حالة رهيبية من الفراغ الوجودي، فهم لا يرون هدفاً لحياتهم وكل شيء يبدو بالنسبة لهم سلبياً وقابلاً للتساؤل، إنهم في بحث دائم عن هدف يسعون إليه، أو فكرة يعتقدون بها، أو مهمة ينجزونها.
- ٢- أولئك الذين وجدوا معنى في حياتهم من خلال نظام من القيم الشخصية (رحال، ١٩٩٨، ص ٣٢).

وتعرف القيم بأنها تلك المعاني الشمولية التي تتبلور في مواقف نموذجية، على المجتمع وحتى الإنسانية أن تواجهها، وامتلاك القيم يخفف من متاعب بحث الإنسان عن المعنى، لأنها على الأقل في المواقف النموذجية توفر على الإنسان متاعب اتخاذ القرارات مع احتمال حدوث الصراع بين هذه القيم الذي يقوم بدور مهم في تكوين الأعصاب (فرانكل، ١٩٩٨، ص ٧٠).

وقد قسمت كراتشفيل Kratochvil في مؤتمر الصحة النفسية المنعقد في لندن عام ١٩٨٦ الذين اكتشفوا معنى لحياتهم إلى مجموعتين:

- الأولى: أولئك الذين اكتشفوا معنى لحياتهم من خلال نظام من القيم المتوازية.

- الثانية: أولئك الذين اكتشفوا معنى لحياتهم من خلال نظام من القيم الهرمية. فالمجموعة الأولى يمكنها أن تجد معنى لحياتها من خلال مجموعة من القيم المتساوية في الأهمية بالنسبة لها، فقد نجد مثلاً إنساناً يرى سعادته ومعنى حياته من خلال ما يقدمه من عطاء لأفراد أسرته، ومن خلال إخلاصه لعمله، وممارسته هواياته، وإيمانه الديني، في حين نجد أن أفراد المجموعة الثانية يعيشون من أجل قيمة واحدة عظيمة، وتكون بالنسبة لهم في قمة القيم الأخرى والأقل مرتبة، فنجد مثلاً إنساناً يعيش من أجل عمله فقط، ويتجاهل كل شيء آخر من حوله.

وقد أثبتت كراتشفيل أن الناس ذوي التوجه نحو القيم المتوازية كانوا أكثر صحة واستقراراً من أولئك الذين لديهم توجه نحو قيمة هرمية واحدة وذلك لسببين:

١- إذا انهارت القيمة الأساسية الموجودة في نظام القيم الهرمي، فإن المعنى الكلي للحياة سوف ينهار أيضاً، لأن القيم الأقل مرتبة لن تكون مليئة بالمعنى إلى الحد الذي يجعلها تحل مكان تلك القيمة الأساسية المنهارة، في حين أنه في نظام القيم المتوازية يكون من السهولة أكثر أن تستبدل القيمة المنهارة بقيم أخرى تحمل نفس الدرجة من المعنى.

٢- يميل الناس الذين لديهم قيمة واحدة عظيمة إلى التعصب (الذي يعتبر حالة غير صحيحة).

وهكذا فإن شعور الإنسان بالإحباط الوجودي يحدث إما عندما تنهار قمة القيم لديه في نظام القيم الهرمي أو عندما يفشل بحثه عن المعنى في إيجاد معنى. وفي كلتا الحالتين ينتاب الإنسان شعور بالإحباط وإحساس بالفراغ

الوجودي، وهذا بدوره يولد حالة من عدم الاستقرار وقلقاً وجودياً يمس جوهر حياته بسبب افتقاد المعنى (رحال، ١٩٩٨، ص ٣٢-٣٣).

ويتحدد دور المرشد بالمعنى بتوعية المريض بالمجال الكلي للمعنى وما ينطوي عليه من قيم. ويؤكد فرانكل أن الحديث عن الجوانب المأساوية للوجود الإنساني وهي الألم والذنب والموت يجب ألا تقود الإنسان إلى اعتبار أن العلاج بالمعنى تشاؤمي. إن العلاج بالمعنى تفاؤلي حيث إن المعالج بالمعنى يركز على المستقبل ولا يهتم بالماضي، حيث إن المعالج بالمعنى يتجاهل الأسباب التي لا تتغير، أما الأسباب القابلة للتغير فإنه يحاول أن يكتشفها لمساعدة المريض على التغلب عليها.

لقد بين الإرشاد بالمعنى الأهمية الكبيرة للخطوات التي يجب أن ينفذ من خلالها هذا النوع من الإرشاد، حيث إن الإرشاد بالمعنى مرن، والمرشد النفسي يواجه دائماً بمهمة مزدوجة، فمن ناحية عليه أن يهتم بتفرد كل شخص، ومن ناحية أخرى يجب أن يهتم بتفرد مواقف الحياة لدى هذا الشخص الذي يتعامل معه. وإن اختيار الطريقة الإرشادية من أجل حالة معينة لا يتوقف على تفرد المسترشد فحسب، ولكنه يتوقف أيضاً على شخصية المرشد. إن دور المسترشد بالمعنى هو دور إيجابي وليس سلبي، حيث تقع على عاتقه مهمة في اكتشاف معنى حياته والاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه. كما أن القيمة الأساسية للإرشاد الوجودي هي التقبل المنفتح للمشاكل الفلسفية بما فيها الأهداف والقيم التي تهم المرشد في عملية الإرشاد.

إن الإرشاد بالمعنى إيمان وفلسفة للحياة، وفلسفة هذا الإرشاد الرئيسية هي انصراحة والتقبل الواضح للمشكلات الفلسفية المنطوية على القيم والأهداف لكي تكون موضع اهتمام المسترشد والمرشد. كما أظهر فرانكل اهتماماً كبيراً بالحرية والمسؤولية، بينما المرشدون الآخرون يظهرون اهتماماً سطحياً بذلك.

ويرى فرانكل أنه بداخل كل منا إمكانيات لتحقيق معان سامية مازالت لم تتحقق بعد وبإمكاننا أن نرسم منها صورة جيدة لحياتنا، إن الإنسان يمكنه أن يقرر ما سيكون عليه في اللحظة التالية. ويمكن أن يشكل في كل لحظة خصائصه الشخصية (فرانكل، ١٩٨٢ ، ص ١١٥). ويخالف فرانكل التحليل النفسي في اعتباره الدافع الجنسي المحرك الأساسي لسلوك الإنسان، حيث يذهب الإرشاد بالمعنى إلى اعتبار إرادة المعنى هي ذلك المحرك الذي يفسر كفاحات الإنسان في الحياة.

إن الإرشاد بالمعنى ليس اتجاهاً تشاؤمياً كما كانت بقية الاتجاهات الوجودية بل هو تفاؤلي إزاء الحياة، لأن من تعاليمه أنه توجد جهات مأساوية أو سالبة يمكن بفضل الموقف الذي يتخذه المرء حيالها أن تتحول إلى إنجازات إيجابية، ودور المسترشد بالمعنى هو دور إيجابي وليس سلبياً حيث تقع على عاتق المسترشد مهمة في اكتشاف معنى حياته والاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه.

استخدم فرانكل كلمة روحاني كفاتحة لمفاهيمه، ولكنه لم يستخدمها كمرادف لمفهوم التدين، وبالإضافة إلى ذلك فإنه وإن بدا أنه يستخدم مفهوم روحاني على التبادل مع مفهوم عقلاني أو عقلي، إلا أنه يذهب وراء مظاهرها المنطقية، وربما كان مفهوم فلسفي هو المرادف الأقرب إلى روحاني (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٨٩).

ونورد بعض سلبيات هذه النظرية:

- إن يأس الإنسان المتعلق بقيمة الحياة هو لون من الحزن، ولكنه ليس مرضاً نفسياً.

- إن الإحباط الوجودي ليس مرضاً في حد ذاته، كما أن كل صراع ليس بالضرورة أن يكون عصابياً.

- إن الألم ليس ظاهرة مرضية دائماً.

- إن المشكلات المتعلقة بوجهة نظر الفرد للعالم مرتبطة بالظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولكنها ليست مسببة لها. وحتى عند وجود مرض عند الفرد فإن وجهة نظره في العالم لا يمكن وصفها بأنها مرضية.

- أن الإرشاد بالمعنى محدود بالأشخاص متوسطي الذكاء، وممن لا يعانون خلل في أداء الوظائف اليومية، وممن تتوفر لديهم القدرة على التأمل في ذاتهم بحيث يكونون متقبلين للفحص الذاتي. وهكذا فإن العلاج بالمعنى لا يمكن تطبيقه بنفس الدرجة من النجاح مع كل المرضى.

- إن المعاني والقيم يجب ألا تعتبر مظهراً مستقلاً عن مظاهر الفرد بل يجب أن يكونا متضمنتين كجزء من المظهر النفسي له.

- يلف الإرشاد بالمعنى الغموض، حيث إنه لم يعرض التطور بصورة منظمة لا على مستوى النظرية ولا على مستوى التكنيك.

وأخيراً لقد قدمت نظرية الإرشاد بالمعنى بعض الفائدة لطلبة الإرشاد فهي لا تمثل عقبة ولا صعوبة في القراءة، وليست تجريبية ولا أسطورية في توجهها، ولا تتصف بالتشاؤم. ولها قيمة في نظرتها إلى التطور والاهتمام بمظاهر الحياة المعاصرة ومعناها، وبالقيم والأهداف والأعصبة، وهذه كلها لم تكن من قبل موضع اهتمام الأساليب الأخرى للإرشاد النفسي.

تاسعاً: بعض التطبيقات

المثال الأول: باستخدام فنية الوجودراما

حيث يقدم فرانكل المثال التالي:

سألتُ سيدة: كم عمرك الآن ؟ فأجابت ثلاثون عاماً، فقلت لها لا ليس ثلاثين بل ثمانون عاماً، وأنت الآن ترقدين على فراش الموت وعليك أن تعودى بذاكرتك إلى حياتك الماضية. حياتك التي هي بدون أطفال ولكنها كانت مليئة بالانجازات المادية، والمركز الاجتماعي. ثم دعوتها إلى أن تتخيل شعورها في هذا الموقف. ماذا ستقوله لنفسها؟ ولأقتبس ما قالته بالفعل من شريط أجرى تسجيله في أثناء تلك الجلسة: " عجباً، لقد تزوجت من مليونير، وكانت حياتي سهلة ذاخرة بالثروة، وأخذت من الحياة الكثير وصرت أداعب الرجال وأعذبهم، لكن عمري الآن ثمانون عاماً، وليس لدي أطفال وإنني الآن أنظر إلى كل حياتي الماضية كامرأة عجوز ولا أستطيع أن أرى من أجل ماذا كانت كل حياتي، وفي الواقع، كانت حياتي خيبة و فشلاً. (فرانكل، ١٩٩٨، ص ١٤٢)

المثال الثاني: باستخدام فنية القصة الرمزية

وفق هذه الطريقة تقوم الممرضة في أثناء تعاملها مع المرضى بسرد حكاية رمزية بقصة توضح فيها أنه لا يوجد كائن إنساني في الوجود لم يعان. وأحد هذه القصص قصة حبه الخردل التي أوردتها فرانكل:

حيث تذهب هذه القصة إلى أن هناك امرأة اسمها "جوتامين" وقد ولدت في الهند وتزوجت وذهبت لتعيش في بيت أهل زوجها، ثم ولدت طفلاً ولكنه مات، فبدأت تعيش حالة من الأسى، وحملت ابنها من مكان لآخر تطلب له دواء فهزأ الناس بها وضحكوا عليها، ورأف بها رجل ونصحها أن تطلب معونة أعظم الناس حكمة. فأخذت ابنها معها وسألت المعلم (الحكيم) عن دواء لابنها، فأخبرها الحكيم بأنها أحسنت صنعاً إذ جاءت تطلب الدواء وقال لها أن تجوب المدينة، وفي أي منزل تجده، حيث لا يكون أحد قد عانى أو مات، عليها أن

تحضر من هذا المنزل حفنة من حبوب الخردل. فذهبت من بيت إلى بيت ولم تتجح أبداً في العثور على منزل لم يعان فيه أحد. عندها أدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي عانى ومات، وأن المعاناة قانون سائد بين البشر. (فرانكل، ١٩٩٨، ص ١٤٣)

المثال الثالث: باستخدام طريقة فنية القصد العكسي الحالة الأولى:

هذه حالة كتبها فرانكل وتتحدث عن مريضة في الخامسة والستين من عمرها كانت تعاني منذ ستين عاماً من قهرية متسلطة في التنظيف، وقد بلغت من شدة الحالة أن وضعت في عيادتنا تحت الملاحظة تمهيداً لإعطائها شهادة بضرورة إجراء جراحة (توقعت أنها الوسيلة الوحيدة الملائمة لتخفيف حدة الحالة). وقد بدأت أعراضها عندما كانت في سن الرابعة، وذلك حين حرمت إشباع الرغبة القهرية في التنظيف ووصلت إلى الحد الذي كانت فيه تلعق يديها بلسانها، وفيما بعد كانت خائفة بصفة مستمرة من العدوى التي يمكن أن تتعرض لها من قبل الناس المصابين بأمراض جلدية، وهي لا تلمس مقبض الباب أبداً، وأصررت على أن يخضع زوجها لنظام وقائي صارم، وقد قضت زمناً طويلاً غير قادرة على أن تفعل أي شيء من أعمال المنزل، وأخيراً" لزمت الفراش طوال اليوم، وكانت تحك الأشياء عدة ساعات لتنظيفها بقطعة من القماش ولمئات المرات، وتلزم زوجها بتكرار تنفيض الملابس، وأصبحت حياتها جحيماً" كما اعترفت بذلك.

وأماً" بتجنب جراحة الدماغ اقترحت مساعدتي البدء بعلاج وجودي بطرق القصد العكسي، وكانت النتيجة أنه بعد عشرة أيام من تقدم المريضة للعلاج بدأت تعاون في الجناح بتنظيف ملابس زملائها المرضى، ومساعدة

الممرضات في تنظيف مناضد الأدوات وغسل الأجهزة الطبية، وأخيراً" في تنظيف مخلفات العمليات الجراحية والقاذورات. وبعد ثلاثة عشر يوماً" من تأريخ بدء العلاج عادت إلى بيتها لعدة ساعات، وعقب عودتها إلى العيادة بعدة ساعات أفادت أنها تناولت فطيرة من يد مغبرة، وبعد شهرين من العلاج بدأت تنظيم حياتها الأسرية بصورة عادية. إنه ليس من الدقة بمكان أن تزعم أنها شفيت تماماً" أو خلت من الأعراض كلية، حيث لا تزال بعض الأفكار القهرية الوسواسية تخطر ببالها، ومع ذلك قد أوتيت قدراً" من القوة تستطيع معه أن تقاوم الأعراض وتحصل على الراحة (والمقاومة تخدم فقط في عملية التعزيز)، وبدلاً" من الصمود فقط أمام تلك الأفكار المرضية فقد أصبحت قادرة على السخرية منها، بفضل استخدام أسلوب العزم أو القصد العكسي، ولا يزال اتصال هذه المريضة قائماً" بالعيادة حيث لا تزال تحتاج إلى مساندة بالعلاج بالمعنى، والتحسن في حالتها مستمر على أية حال، والجراحة التي بدت من قبل حتمية أصبحت الآن غير ضرورية.

الحالة الثانية:

مأخوذة من تقرير طبيب نفسي أمريكي استخدم فيها فنية القصد العكسي، وتحكي هذه الحالة قصة أ.ف التي تبلغ من العمر خمسة وأربعين عاماً" وهي أم لفتى عمره ستة عشر عاماً"، ولها تاريخ مرضي يبلغ أربعة وعشرين عاماً" من أعصبة الفوبيا الخطيرة التي تشمل الخوف الشديد من الأماكن المغلقة ومن ركوب السيارة ومن الأماكن المرتفعة، والخوف من ركوب المصاعد أو عبور الجسور والتعرض للانهيال ومحاولة الهروب من المنزل (حين تضطر لفعل شيء وقد تتشبث بشجرة أو نبات أو أي شيء آخر)، وتعاني أيضاً" الخوف من الأماكن المفتوحة، ومن الوحدة، ومن أن تصاب بالشلل، وقد عولجت من

عصاب الخوف طوال الأربع والعشرين سنة الماضية بواسطة مختلف الأطباء النفسيين، وعولجت بالتحليل النفسي الطويل المدى، وبالإضافة إلى ذلك فقد وضعت في المستشفى عدة مرات وعولجت بسلسلة من الصدمات الكهربائية على الدماغ. وفي النهاية اقترح علاجها بالجراحة وخلال السنوات الأربع الأخيرة، وقبل أن تأتي إلى العلاج وضعت بمستشفى الولاية بصفة دائمة في قاعة المضطربين، وأعطيت أيضا "صدّات كهربائية، وعلاجاً مركزاً" بالأدوية والمسكنات والمنومات وغيرها دون جدوى. وأصبحت شبه مشلولة بسبب المخاوف المرضية المتعددة، لدرجة أنه كان يصعب عليها تجاوز جزء محدد من الجناح الذي به سريرها. وكانت بصفة دائمة في حالة من الاكتئاب الحاد بالرغم من إعطائها كمية كبيرة من المهدئات، وبلغ التوتر لديها حداً جعلها تشكو آلاماً مبرحة في عضلاتها، وكانت تحاول ألا تنهار وألا تثور وألا ينتابها الذعر. وتنوع تشخيص حالتها على يد مختلف الأطباء النفسيين بين العصاب والفصام، وكان تشخيص المشفى لحالتها قبل شهور قليلة من عرضها على أنها حالة رد فعل فصامي من أنواع العصاب الكاذب مع قلق الخوف وأعراض اكتئابية. وقد قضت عاماً ونصف في المشفى تعالج بالتحليل النفسي على يد معالج إكلينيكي ذي خبرة. وفي أول آذار من عام ١٩٥٩ أوقفت كل ألوان العلاج، وبدأت أعالجها بأسلوب القصد العكسي. لقد تم توضيح الأسلوب العلاجي لها بصورة جيدة، وتناولنا بالتعاون معاً بعض الأعراض عرضاً عرضاً، والمخاوف خوفاً خوفاً، وبدأنا بإزالة المخاوف البسيطة مثل الخوف من عدم القدرة على النوم، وأخرجت من جناح المضطربين، وأعطيت تعليمات تقضي بأن تحاول أن تصبح مذعورة لدرجة أنه يغمى عليها بقدر ما تستطيع ... وفي البداية أجابت بغضب أترى أنه يجب على ألا أخاف من أكون خائفة؟ هذا غريب، إنك تجعلني ازداد سوءاً". وبعد أسابيع قليلة من المناضلة أصبحت

المريضة قادرة على البقاء في جناح في الطابق الثالث، وحاولت دون نجاح أن يغمى عليها، وأن تصبح مشلولة، وذهبنا إلى المصعد لكي تصعد إلى الطابق الخامس، وأعطيت تعليمات لتخطو عدة خطوات داخل المصعد وتحاول جاهدة وبعزيمة صادقة أن يغمى عليها وأن تريني كيف يمكنها أن تصبح مذعورة أو مشلولة، وفي أثناء وجودنا في المصعد طلبت منها أن يغمى عليها، وعندئذ ضحكت وأجابت إنني أحاول جاهدة ولكنني لا أستطيع، إنني لا أدري ماذا بي، إنني لم أعد أستطيع أن أكون خائفة، إنني أعتقد أنني أحاول بقوة وبما فيه الكفاية أن أكون خائفة. وعند الوصول إلى الطابق الخامس كانت فخورة بنفسها وفرحتها غامرة. وهذه نقطة الانطلاق في عملية العلاج. ومن الآن فصاعداً أصبحت المريضة تستخدم القصد العكسي في أي وقت تحتاج إليه، فلأول مرة منذ سنين خرجت تتمشى وحدها حول المشفى من غير خوف، وكانت باستمرار تحاول أن تصبح مروعة ومشلولة. وبعد خمسة أشهر من بدء هذا العلاج أصبحت خالية من الأعراض وعادت لبيتها لتقضي عطلة نهاية الأسبوع، واستمتعت بقضاء الوقت دون مخاوف لأول مرة منذ أربعة وعشرين عاماً.

وعند عودتها إلى المشفى كانت مقتنعة، وقررت أنه لا يزال هناك خوف واحد، هو الخوف من عبور الجسور، وفي نفس اليوم ذهبنا معاً في سيارتي وعبرنا جسراً، وفي أثناء عبورها أمرتها أن تتماوت وتصبح مرعوبة، ولكنها فقط ضحكت وقالت: "لا أستطيع" أكثر من مرة، وبعد هذا اليوم بفترة وجيزة غادرت المشفى. ومنذ ذلك الوقت وهي تراني مرة كل ثلاثة شهور من أجل الفحص والتعبير عن الامتتان. ومن المهم أن أؤكد أنني لم أحاول الإطلاع على ماضيها عن قصد مني، ولم أحاول معرفة الخلفيات الدينامية النفسية. ومنذ شهرين طلبت موعداً خاصاً، وعندما رأيته كانت متوترة، تعبر عن قلق

بسبب توقع عودة المرض ثانية، فزوجها ترك العمل منذ عدة أشهر، وهي الأخرى تعاني من اضطراب عصبي وتعتبر في فترة النقاهة، وفي الوقت نفسه كانت في فترة الحيض، هذه الضغوط سببت لها حالة القلق، وكانت على وشك أن تنزلق إلى الوراء داخل دائرة المرض السابق، وبعد جلسة واحدة أصبحت قادرة على أن تفهم ما حدث، وأن تتجنب بناء نموذج تخريبي لمخاوفها المرضية. خرجت المريضة من المشفى وتعيش حياة سعيدة مع أسرتها، وقد مضى عليها الآن عامان ونصف، وتم الشفاء. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٨٢-٤٨٤).



الفصل السابع

الإرشاد متعدد الوسائل

Multimodal Counselling

- ١- مدخل
- ٢- المفاهيم الأساسية للنظرية
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- عملية الإرشاد متعدد الوسائل
- ٥- النظرة للاضطراب النفسي
- ٦- بعض فنيات الإرشاد متعدد الوسائل
- ٧- تقويم النظرية
- ٨- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

تعتبر نظرية الإرشاد متعدد الوسائل طريقة انتقائية من الناحية الفنية، إلا أن هذه الطريقة تعتبر انتقائية نموذجية لها ما يميزها عن الانتقائية الكلاسيكية لدى ثورن وغيره من أعلام العلاج الانتقائي. وإن الأمور التي تجعل هذه الطريقة مميزة تتضح من خلال البناء النظري لها بالإضافة إلى الأساليب التي تتبعها في التشخيص والعلاج والتي لا نجد لها في نظريات الإرشاد الأخرى، إنها طريقة نسقية وشاملة للإرشاد النفسي.

إن واضع نظرية الإرشاد المتعدد الوسائل أرنولد لازاروس (Lazarus A.) أخصائي عيادي من مؤيدي العلاج السلوكي حيث اشترك مع ولبى (Wolpe J.) في بعض الأعمال، إلا أنه انفصل عنه، وكانت له آراؤه الخاصة بالأساليب العلاجية التي اقترحها ولبى. وبالإضافة إلى الأساس السلوكي الذي يتمتع به لازاروس فإنه استمد الكثير من نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura A.) ونظرية الأنساق ونظرية الاتصال الجمعي. (لازاروس، ٢٠٠٢، ص ٤٨). وهكذا نجد بأن واضع هذا الاتجاه يتمتع بالأساس السلوكي في حين لم يغفل المدارس الأخرى في العلاج النفسي. وتتفوق هذه النظرية على السلوكية بإضافة أساليب قياس وتقويم جديدة ومتفردة، وكذلك في تعاملها بتفصيل وعمق مع أبعاد الشخصية باعتبارها عوامل مؤثرة تتفاعل فيما بينها. فالمرضى أو المسترشدون يعانون عادة من مجموعة من المشكلات المعينة، ويتناولها المعالج بمجموعة علاجات محددة.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو التالي: بماذا تختلف نظرية الإرشاد متعدد الوسائل عن غيرها من الاتجاهات الانتقائية الأخرى؟ وهذا يقود إلى

التساؤل عن الأسس التي تستند إليها هذه النظرية وما هي التقنيات الإرشادية المستخدمة في ذلك؟.

لقد تعرضت الاتجاهات الانتقائية في الإرشاد النفسي لنقد كبير، فقد أشار "روجرز" (Rogers) إلى محاولة المزج أو التوفيق بين مدارس فكرية متنوعة بأنها انتقائية مزيفة لا تؤدي إلى مزيد من الموضوعية. وكتب سنج وكومبز (Snygg and Combs) أن هذا النظام الانتقائي يؤدي مباشرة إلى عدم التناسب والتناقض، لأن "التكنيكات المشتقة من أطر مرجعية متعارضة سوف تؤدي إلى التناقض". وبالتالي فإنه من وجهة النظر البحثية والعملية تعتبر الانتقائية غير مقبولة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٩٥)

أثناء التعامل مع أي حالة يطرح المرشد الذي يأخذ بالإرشاد المتعدد الوسائل على نفسه السؤال التالي: ما هو الإرشاد الأنسب لهذه الحالة؟ وبذلك يكون الإرشاد فردياً في المقام الأول. حيث تعتبر الفروق الفردية في الإرشاد متعدد الوسائل من أهم القواعد والمبادئ الإرشادية، حيث يعمل المعالج الذي يأخذ بهذا الاتجاه على معرفة هذه الفروق وتوضيحها من خلال عملية التقويم الخاصة بهذا الاتجاه والتي تتناول سبعة أبعاد للشخصية وهي (السلوك، التخيل، المعرفة، الإحساس، العلاقات البينشخصية، العاطفة، الجانب البيولوجي). ويشتمل الإرشاد النفسي على مجموعة من التقنيات المحددة، التي يمكن أن تستخدم تحت ظروف معينة مع مشكلات معينة أو حالات معينة.

وهكذا يمكن أن نوضح الفرق بين الاتجاه المتعدد الوسائل وبقيّة الاتجاهات الانتقائية من خلال المنهجية في التقويم وانتقاء التقنيات العلاجية بعكس الطريقة العشوائية التي يعتمد عليها المعالجون الانتقائيون. تنقلديون في

أثناء ممارستهم العلاجية. وهذا النمط من التقويم يتيح للمعالج بهذا الاتجاه معرفة العلاج الأنسب لهذه الحالة.

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية

يرى لازاروس أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل داخلية عدة بالإضافة إلى عوامل البيئة، فهو يُقر بأن للوراثة والتكوين البيولوجي دوراً مهماً في نمو الشخصية، وكذلك الدور الواضح والمهم للتعلم الذي يتم من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين. كما أن الشخصية تتبع من التفاعل بين ما يحمله الفرد في جهازه الوراثي والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها، وكذلك تاريخه الاجتماعي. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٥٨).

ويبدو واضحاً أنه في الانتقائية التقليدية يتم اختيار الإجراءات العلاجية بالاعتماد على مصادر نظرية متنوعة دون اشتراط أن يكون المعالج ينتمي إلى تلك المدارس العلاجية. أما في العلاج متعدد الوسائل لا يقوم المعالج بانتقاء التقنيات لشعوره فقط أنها قد تكون مفيدة وفعالة أو لمجرد الانتقال من نظرية إلى أخرى. ويرى (لازاروس) أنه على المعالج في العلاج المتعدد الوسائل أن يكون على دراية ومهارة كافية بالتقنيات المختلفة.

إن نظرية الإرشاد المتعدد الوسائل تستقي مفاهيمها وتقنياتها من نظريات: أدلر، أريكسون، الغشالت، روجر، السيكوندرا، العلاج بالواقع، وتحليل التعامل، بالإضافة إلى مفاهيم التعلم الاجتماعي (باندورا) والعمليات اللاشعورية وآليات الدفاع، بالإضافة إلى المعلومات الخاطئة أو المفقودة. (لازاروس ٢٠٠٢، ص ٤٨-٤٩)

وفيما يلي توضيح لأهم هذه المفاهيم:

١- التعلم الاجتماعي:

يرى لازروس أن الكثير من سلوكياتنا يتم تعلمه من خلال الإشراف الكلاسيكي والإشراف الإجرائي، فمبدأ الاقتران من أهم مبادئ عملية التعلم. ويضاف إليها التعلم من خلال النمذجة أي بملاحظة الفرد لسلوك الآخرين ويشمل هذا المفهوم تعلم كل من السلوكيات الإيجابية والسلبية. (Jones ١٩٩٦، p ٣٣٠)

٢- الإدراك:

فالأفراد يستجيبون للبيئة كما يدركونها وليست كما هي موجودة بالفعل ومن العوامل التي تؤثر في الإدراك:

أ- التوقعات

ب - كيفية استخدام اللغة

ج - توجيه الانتباه

د - القدرة على حل المشكلات

هـ - مستويات الأداء.

و - القيم والاتجاهات والمعتقدات. (Colledge، دن، ٣٦٠)

٣- العمليات اللاشعورية:

فالكثير من تعلمنا لا شعوري وغير متعمد ولا يقصد (لازروس) هنا العمليات اللاشعورية وفقاً للمفهوم الفرويدي المعقد وإنما الأشخاص لديهم درجات مختلفة من الوعي وأنه رغم هذا النقص في الوعي فإن المنبهات غير

المدرسة تستطيع أن تؤثر في التفكير الواعي للفرد وفي مشاعره وسلوكه. (Jones ١٩٩٦، ٣٣٠)

٤- ردود الفعل الدفاعية:

حيث يتعلم الأفراد العديد من ردود الأفعال الدفاعية في أثناء عملية التعلم الاجتماعي ويكون الهدف من ردود الفعل الدفاعية تجنب الألم والقلق والانزعاج والاكنتاب وغيرها من الأمور المزعجة حيث يعتمد الأفراد إلى نكران إدراكاتهم ومشاعرهم وكمثال على ذلك (إظهار مشاعر شخصية غير حقيقية للآخرين). (Colledge دن، ٣٦٠)

٥- المعلومات الناقصة أو الخاطئة:

فبعض الأشخاص يشكلون مفاهيم ومعتقدات خاطئة حول حياتهم وطريقة الحياة فيها بشكل جزئي والبعض الآخر يفشلون بأن يدركوا حياتهم على أنها يمكن السيطرة عليها حيث يعتقدون بأن الأمور والأحداث الخارجية هي التي تتحكم بحياتهم فبينما تقوم المعلومات الخاطئة بتكوين أفكار خاطئة تقوم المعلومات المفقودة أو الناقصة بجعل الفرد مفتقدا للمعلومات اللازمة لتشكيل المهارات الأساسية والتي تكون ضرورية من أجل حياة ناجحة. (Colledge دن، ٣٦١).

٦- التحديد المتبادل:

وهذه قاعدة أساسية عند باندورا ترى أن الناس لا يستجيبون بشكل تلقائي للمثيرات الخارجية، وإنما نجد أن أفكارهم حول تلك المثيرات ستحدد بشكل كبير ما هي المثيرات التي يلاحظونها، وكيف يلاحظونها، والقيمة التي يعطونها لهذه المثيرات، وكذلك المدة التي تدومها في أذهانهم. (الشناوي ١٩٩٤، ص ٢٥٨).

- كما يرى "لازاروس" أن الأمر الأساسي والذي يكون بشكل دائم مطلوباً أثناء اختيار التقنيات هو مراجعة البيانات التي تدعم فاعلية تقنية ما في علاج العديد من الاضطرابات، فهذه البيانات التجريبية تكون مستمدة من البحوث التي تجري عادة على مدى واسع من الاضطرابات والتي تتضمن (الوسواس، نقص المهارات الاجتماعية، الاكتئاب ثنائي القطب، الفصام، المخاوف، العرات العصبية، اضطرابات العادة، اضطرابات الهلع، التوحد، إدارة الألم، الخ). (Jones, 1996, p 339).

ولذلك لابد للمعالج أن يكون على دراية بأحدث هذه البيانات ونتائج البحوث التجريبية التي تدعم هذه التقنية أو تلك. كما أن المعالج في هذا الاتجاه يأخذ بعين الاعتبار العديد من العوامل في أثناء قيامه باختيار التقنيات المناسبة لهذا المريض أو ذاك وهذه العوامل هي:

أ - تفضيلات المريض.

ب - تحديد التفاعلات القائمة في نموذج المريض.

ويتم ذلك من خلال الانتباه المتمعن لاستجابات المريض على بنود استبيان القصة الحياتية والذي غالباً ما يقدم في نهاية المقابلة الأولية.

وبالرغم من هذه الإجراءات المنهجية إلا أن لازاروس يرى أن هذه الإجراءات يجب أن تتم بمزيد من الحذر وذلك بسبب المخاطر الناجمة عن دمج الأفكار النظرية المختلفة التي قد لا تكون متكاملة بالإضافة إلى الخطر الناجم عن اعتماد المعالج على أفكار الخلفية النظرية العلاجية أكثر من اقتراح العلاج المناسب للمريض.

وعلى الرغم من جميع هذه الإجراءات والتحذيرات يؤكد لنا لازاروس إمكانية اختيار تقنية ما قد لا تكون مناسبة لحالة المريض. وهنا لابد للمعالج

من إيقاف العمل بهذه التقنية واختيار تقنية أخرى تكون أكثر مناسبة وارتباطاً بحالة المريض على أن تكون هذه التقنية مدعومة بالبحوث التجريبية. (Jones, 1996, p 339).

ومن خلال ما سبق نجد أن عملية اختيار التقنيات الإرشادية في الإرشاد المتعدد الوسائل هي عملية علمية منهجية تعتمد على البيانات التجريبية وحالة العميل من خلال التقييم المنهجي والمدعوم بعملية القياس، ويعتبر ذلك جوهر الاختلاف بين الاتجاه المتعدد الوسائل وغيره من الاتجاهات الانتقائية.

ثالثاً: أهداف النظرية

يهدف الإرشاد المتعدد الوسائل - بشكل عام - إلى التقليل من المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة للوصول بالفرد إلى الحالة الطبيعية التي تؤهله إلى العودة للاندماج بالمجتمع وبالتالي إنهاء حالة الاضطراب لديه وذلك باستخدام أساليب علاجية متعددة تختلف باختلاف الأفراد ومشكلاتهم.

أما على صعيد الأبعاد النوعية للشخصية فنحاول تحديد الأهداف التالية:

- ١- المساعدة في تقرير المشكلة والسلوك الراهن باستخدام الأبعاد السبعة للشخصية.
- ٢- مواجهة السلوكيات غير المرغوب فيها والتي ترتبط بالاضطراب وتغييرها إلى سلوكيات إيجابية وفعالة.
- ٣- التخفيف من حدة الانفعالات والأمزجة السائدة.
- ٤- التخفيف من مشاعر الألم والإحساسات غير السارة وتغييرها إلى مشاعر إيجابية.

٥- تعديل أفكار المريض الخاطئة وتصحيحها.

٦- تصحيح صورة الذات والتخفيف من الذكريات المؤلمة وأحلام اليقظة.

٧- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية.

٨- إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية، وتحسين العلاقات الاجتماعية القائمة

لإعادة تأهيله ودمجه بالمجتمع.

٩- إعطاء المسترشد واجبات منزلية علاجية تساعد على علاج المشكلة.

١٠- المساعدة في تحسين عادات السلوك الصحي وتنمية السلوكيات الرياضية.

١١- إنهاء استخدام الأدوية.

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي

يتضمن الإرشاد النفسي المتعدد الوسائل التقويم الشامل والإرشاد لمختلف وظائف الشخصية السبعة ويقوم من خلال هذا الأسلوب بإيجاد الطرق الإرشادية الملائمة لكل فرد على حدة، حيث يهتم هذا النوع من الإرشاد بالمشكلات النوعية أو الصعوبات ضمن كل وظيفة معينة بالإضافة إلى الاهتمام بالتفاعل القائم بين هذه الوظيفة وكل وظيفة من الوظائف الأخرى التي تشكل الشخصية والتي يعبر عنها ب (BASIC- ID).

ويرى لازاروس أن انبعاث التنبيه وسوء الوظيفة قد يبدأ من أي وظيفة، إلا أنه يجدر بنا الاهتمام بالجانب البيولوجي لأنه يؤثر في جميع وظائف الشخصية وذلك من خلال عمل كيمياء الجسم (الأدرينالين) في كافة هذه

الوظائف، كما أن الشخصية تتكون من التفاعل بين ما يحمله الفرد من عوامل وراثية من جهة، والبيئة التي يعيش فيها من جهة ثانية، وتاريخه الاجتماعي من جهة ثالثة. وهذا ما يؤكد وجود تفاعلات متعددة بين وظائف الشخصية.

حيث تتألف الشخصية من سبعة أبعاد (BASIC - ID) وهي:

١- السلوك (Behavior): وهو عبارة عن السلوكيات الواضحة والظاهرة مثل الأفعال والعادات ووضعيات الجسم والاستجابات وردود الأفعال التي تلاحظ وتكون قابلة للقياس.

٢- العاطفة (Affect): وتشير إلى الانفعالات والأمزجة والمشاعر القوية (غضب، قلق، ... الخ)

٣- الإحساس (Sensation): ويشتمل على كل ما يتعلق بالحواس الخمس ومن هذه الإحساسات (التوتر، الألم، الدواء، التعرق، الغثيان ... الخ)

٤- التخيل (Imagery): ويتضمن أحلام اليقظة المتكررة، والذكريات الحية وصورة الذات.

٥- البنية المعرفية (Cognition): ويتضمن الأفكار والقيم والآراء.

٦- العلاقات البينشخصية (Interpersonal Relationships): ويتضمن طريقة التعامل مع الآخرين (أصدقاء، أقران، رؤساء العمل المعارف... الخ) بالإضافة إلى المشكلات والمتاعب معهم.

٧- الأدوية (Drugs) وتتضمن الجانب البيولوجي (Biolog): ويتضمن كل شيء يتعلق بصحة المريض الجسدية بالإضافة إلى الأدوية التي يتناولها الشخص سواء كانت بوصفه طبية أم لا. (لازاروس ٢٠٠٢، ص ١٠٢)

ويؤكد "لازاروس" أن هذه الأبعاد السبعة موجودة في كل شخصية، إلا أن كل شخصية تتميز ببروز واحد أو أكثر من هذه الأبعاد ضمن نسب مختلفة من شخص إلى آخر. حيث نجد أن الشخصيات تتوزع كما يلي:

- الشخصيات التي توصف بالفاعلية وتتكيف مع المواقف المختلفة
 - الشخصيات التي تبدو منشغلة بنفسها وتعمل بأكثر من مجال
 - الشخصيات التي تظهر أنها عاطفية جداً
 - الشخصيات التي تعطي أهمية كبيرة للخبرات الحسية
 - الشخصيات الحاملة والمتخيلة
 - الشخصيات التي تفكر وتخطط
 - الشخصيات التي تميل إلى تعاطي الأدوية والمنبهات بكثرة
 - الشخصيات التي تميل إلى اكتساب عادات السلوك الصحي.
- ويعتبر تقويم هذه الأبعاد أمراً ضرورياً للمداخلة العلاجية الفعالة وذلك من أجل التعرف على المشكلات الحقيقية واختيار العلاجات المناسبة.
- ويقوم الإرشاد المتعدد الوسائل بهذا التقويم كعملية للتشخيص تكون شاملة وتتسم بسهولة التذكر وسهولة التطبيق، وتقودنا إلى اختيار التقنيات العلاجية المناسبة من خلال التركيز على الأسئلة التالية:

- ١- ما هي السلوكيات التي ترغب القيام بها، وما هي التي ترغب بكبحها؟
- ٢- ما هي السلوكيات التي تؤدي إلى السعادة؟
- ٣- ما هي الأمور التي تجعلك تضحك؟
- ٤- ما هي الأمور التي تشعرك بالحزن؟
- ٥- كيف تتصرف عندما تشعر بالحزن؟

- ٦- هل ينتابك القلق أو الغضب ؟
- ٧- ما هي الأمور التي ترغب الإحساس بها (برؤيتها، بسماعها، بتذوقها، بتلمسها، بشمها)؟
- ٨- ما هي الأمور التي ترغب بالابتعاد عن الإحساس بها؟
- ٩ - كيف ترى نفسك في المستقبل؟
- ١٠- كيف تصف نفسك؟
- ١١- ما هي تصوراتك عن جسدك ؟
- ١٢- كيف تؤثر هذه التصورات على أفكارك ومزاجك وإحساساتك وسلوكك؟
- ١٣- ما هي أكثر المعتقدات والقيم التي تتمسك بها؟ وكيف تؤثر في مشاعرك وعواطفك ؟.
- ١٤- من هم أكثر الناس أهمية بالنسبة إليك؟ وماذا تتوقع منهم؟ وماذا تعتقد بأنهم يتوقعون منك؟
- ١٥- هل أنت منشغل دائماً بصحتك ؟ وما هي عادات الطعام والتمارين الرياضية التي تمارسها؟ هل تتناول أدوية أو علاجات معينة؟.
- ومن خلال مراجعة استجابة الفرد لهذه البنود يمكن التعرف على جوانب الصيغة الأساسية للفرد (BASIC- ID)، وبالإضافة إلى ذلك يمكن تحديد أماكن تشوه الخبرات وبالتالي يمكن بناءً على ذلك اختيار التقنيات الإرشادية المناسبة وفقاً للشروط السالفة الذكر .
- يهتم المرشد خلال الجلسة الأولى (المقابلة) بالتعرف على انشغالات المسترشد ومشكلاته والعوامل التي أدت إليها، ويتفق الأسلوب المتعدد الأوجه

مع باقي مدارس العلاج في كيفية خوض المقابلة الأولى إلا أنه يركز فيها على البنود تبعاً للصيغة (BASIC- ID) وفي نهاية المقابلة يتوقع أن يكون المرشد قادراً على الإجابة عن معظم الأسئلة التالية :

— هل هناك أي علامات تدل على وجود أفكار غريبة، أو هام، تنافر العاطفة... الخ ؟

— ما هي الشكاوي الرئيسة المعروضة والحوادث التي أدت إلى نشوئها؟
— هل هناك ما يدل على تجريم الذات والاكتئاب أو الميول الانتحارية أو القتل؟

— كيف يبدو المريض بالنسبة للسمات البدنية وأسلوب الكلام وموقفه من العلاج وفيما إذا كانت لديه سلوكيات حركية مضطربة (عرات، تصلب، عصبية،... الخ)؟

— ما هي العوامل السابقة الأكثر أهمية في حياته؟
— ما هي الأمور التي تؤدي إلى استمرار مشكلات المريض؟
— ماذا يريد المريض من العلاج؟
— هل هناك استطببات أو مضادات استطببات في تبني أنماط علاجية معينة؟
— هل يمكن تنفيذ علاقة تبادلية مرضية أو يجب أن يتم تحويل المريض؟
— ما هي مواطن القوة والسمات الإيجابية في المريض؟
— لماذا يطلب المريض العلاج في هذا الوقت بالذات؟
— هل انطلق المريض من أرضية مشروعة في الأمل؟

وفي نهاية المقابلة الأولية يستحسن إعطاء المريض استبيان القصة
الحياتية المتعددة الجوانب. (يمكن العودة إلى لازاروس، ٢٠٠٢، ص ٦٠-

(٨٨)

وقد يقوم المعالج ببعض الإجراءات الإرشادية اعتباراً من الجلسة
الأولى، وهكذا يكون المرشد في الجلستين الأولى والثانية قد جمع ما يكفي من
المعلومات والوقائع من خلال هاتين الجلستين بالإضافة إلى المعلومات التي
يحصل عليها من خلال تطبيق استبيان القصة الحياتية، وبذلك يكون قادراً على
تحديد مشكلة المريض ومعززاتها والأمور التي تؤدي إلى نشوئها، ويصبح
بإمكانه تحديد بروفيل المريض الذي يشتمل على المشكلات التي يعاني منها
المريض في الأبعاد السبعة لشخصيته. ويرى "لازاروس" أن مدة العلاج
متفاوتة أداها (٢٠ أسبوعاً) ومتوسطها (سنة) بواقع جلسة واحدة كل أسبوع
وقد تستمر لسنوات عدة. وفي نهاية عملية الإرشاد يتم إعداد بروفيل للمريض
ليقارن مع البروفايل الذي تم إعداده في بداية عملية العلاج وذلك للتعرف على
النتائج التي حققها العلاج. وفيما يلي وصف لبروفايل خاص بشخص عمره
(٣٣) سنة يعاني من حالة اكتئاب (لازاروس، ٢٠٠٢):

- ١- السلوك: انسحاب، تجنب، عدم نشاط
- ٢- الوجدان: اكتئاب، إثم، تجريم الذات
- ٣- الإحساس: ثقيل، مختلط، متحفز
- ٤- التخيل: صور لرفض الأسرة، تخیلات الموت
- ٥- المعرفة: حديث ذاتي حول الفشل السابق، تقارير ذاتية حول عدم
الأهمية الذاتية
- ٦- العلاقات الشخصية: سلبية، غير توكيدية

٧- العقاقير والبيولوجية: سبق العلاج بأدوية ثلاثية الحلقات، وقد تم تغيير العلاج الدوائي إلى آخر.

(نقلاً عن الشناوي، ١٩٩٤، ٢٦٣-٢٦٤)

وإذا تطرقنا إلى العلاقة بين المرشد والمسترشد في عملية الإرشاد النفسي نجد أن المسترشد في هذا الاتجاه يحدد بعد وأنموذج العلاقة الإرشادية التي تلبي وتلائم حاجات المسترشد وتوقعاته. ويعتبر (لازاروس) أنه من أهم الأمور التي لا بد للمعالج أن يبتعد عنها هي:

أ- أن يكون جامداً أو متقلباً.

ب - تحقير أو مس كرامة المريض.

كما يرى (لازاروس) أنه لا ضير في إقامة علاقات مع المريض خارج إطار العلاج وذلك تبعاً لرغبة المريض، وهو يرى أن كلاً من المريض والمعالج يستطيع أن يستفيد من الأخطاء في العلاقة وتعديلها وفقاً لذلك. (لازاروس ٢٠٠٢، ص ١٣٧)

وقد تتوضح العلاقة أو تظهر من خلال عدد من النقاط وهي:

أ- نوعية العلاقة: وهنا تعتمد نوعية العلاقة على توقعات المريض واحتياجاته بالإضافة إلى النماذج أو الأبعاد المفضلة لديه لذلك قد يفضل مريض ما العلاقة العملية فيما يفضل عميلاً آخر العلاقة التي تتسم بالدفء والمشاركة الوجدانية.

ب - معرفة نمط العمل: وهنا يجب أن يأخذ المرشد قراراً حول ما

يلي:

* فيما إذا كان المريض بارداً أو دافئاً أو بينهما.

*فيما إذا كان المريض منغلقاً على ذاته أو لا.

*فيما إذا كان يستخدم أسلوباً لبقاً أو صارماً.

*كيف يمكن أن يوفق بين المواجهة والدعم.

*متى يجب أن يكون غير رسمي أو متى يجب أن يكون مهنيًا.

*متى يجب أن يواجه المريض ومتى يجب عدم مواجهته.

ج — المواجهة والدعم: المرشدون دائماً وباستمرار يوازنون بين الدعم والمواجهة اللذين يحتاجونهما تبعاً لفردية كل مريض وهناك أربعة أنماط لهذه الموازنة وهي:

*مواجهة عالية — دعم عالي.

*مواجهة منخفضة — دعم منخفض.

*مواجهة منخفضة — دعم عالي.

*مواجهة عالية — دعم منخفض

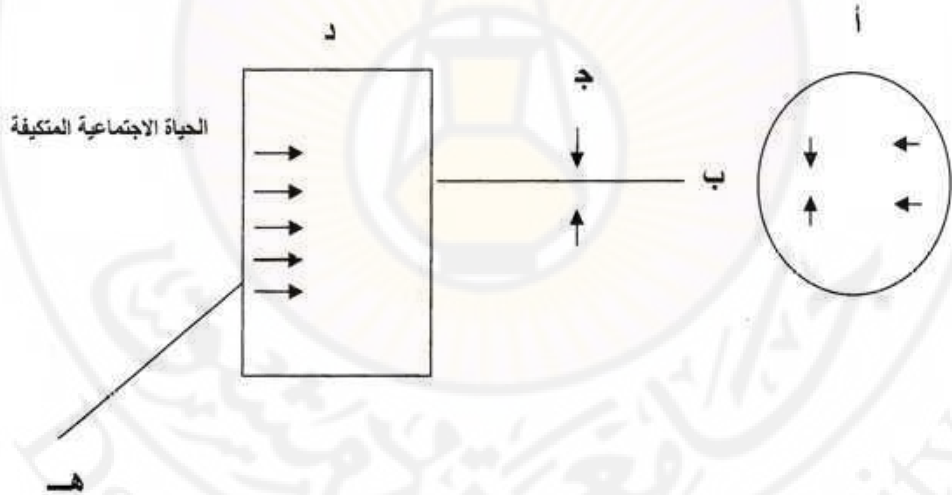
والمعالج الفعال يستخدم كل من هذه الأنماط عندما يكون من الضروري استخدامها، أما لازاروس فإنه يفضل النمط الأول، لأن أغلبية المرضى يميلون إلى التغير السريع في أثناء التعامل من خلال هذا النمط. (Colledge، دن، ٣٦٣)

وهكذا نجد أن لازاروس لا يرى بأن لتكوين العلاقة الطيبة بين المرشد والمسترشد أهمية كبرى في العلاج، فبالإضافة إلى هذه العلاقة لابد للمرشد من امتلاك المهارة الفنية التي يستطيع من خلالها أن يضيف شيئاً جديداً لخبرات المسترشد تساعد على النمو والتغير. أما العلاقة - حسب الشناوي - فلا داعي

للقوف عندها إلا إذا وجدت مبررات تدعو إلى ذلك كأن تكون سبباً في إعاقة العملية الإرشادية. (الشناوي ١٩٩٤، ص ٢٦١)

خامساً: النظرة للاضطراب النفسي

يلخص (لازاروس) كيفية نشوء المرض النفسي (سلوك عدم التكيف) بأنه يرجع إلى ظروف التعلم حيث يحدث في أثناء تعرض الفرد للمؤثرات الخاصة بهذه الظروف والترابطات الشرطية، وكذلك التعرض للنماذج التي يتطابق معها ويقلدها سواء عن ترو وقصد أو عن غير قصد، وأن يكتسب الفرد معلومات متصارعة أو معلومات خاطئة حيث تحدث أنواع من الكف والدفاعات لسنا بحاجة لها. وتوضيح ذلك كما يلي:



أ- يكون الشخص عند مولده محصلة من الإرث الجيني وتأثير بيئة الرحم وغيرها من المؤثرات البيئية.

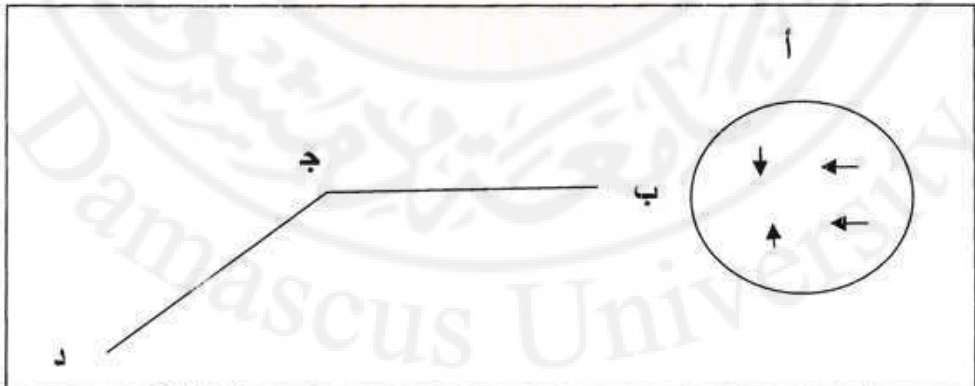
ب - تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة.

ج - تحدث صراعات مختلفة واكتساب معلومات خاطئة أو مواجهة أحداث مؤلمة.

د - يقوم عائق في طريق الشخص.

هـ - ينحرف الشخص عن مسار التكيف وقد يتسم بمجموعة من الاستجابات الانهزامية للذات وغير المتكيفة.

كما قد تنشأ الاضطرابات النفسية عن وجود تعلم غير مناسب أو غير كاف. وهنا نجد أن المشكلات لا تنشأ من الصراعات أو الأحداث الصدمية أو من تأثير الآخرين أو نقص المعلومات أو الأفكار الخاطئة، وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكرة الشخص والتي لم تزود بالمعلومات الضرورية والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية. وتوضيح ذلك كما يلي:



أ - يكون الشخص عند مولده محصلة من الإرث الجيني وتأثير بيئة الرحم وغيرها.

ب - تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة.

ج - توجد فجوات أو نواقص في الخبرة وفي التعلم الاجتماعي (نتيجة وجود نماذج غير مناسبة أو عدم فرصة لاكتساب المهارات المناسبة).

د - نتيجة هذه العيوب في الاستجابة فإن الفرد يتحرك مبتعداً عن طريق التكيف ويعاني من عدم التطابق والتشوش والانزمام الذاتي والاستجابات غير المتوافقة. (الشناوي ١٩٩٤، ص ٢٥٩ - ٢٦٠)

ونشير هنا إلى حاجة الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الذهانية والاكنتابية إلى معالجة دوائية كيما تؤهبهم وتعددهم للعلاج النفسي. وعلى المعالج أن يبدأ بالنموذج العضوي على أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تظهرها نماذج الصيغة (BASIC-ID) والتي تمنع المريض من تناول الدواء مثل الأفكار الخاطئة والمشاعر والإحساسات السلبية والتخيلات المنفرة والصعوبات البيشخصية. فالحالة العقلية تتحسن بشكل جيد، وإن كانت عضوية، عندما تضعف التوترات والمشكلات البيشخصية التي تعد عوامل مهمة في تخليد الاضطراب الذهاني واستمراريته (لازاروس، ٢٠٠٢، ص ٢٤٠).

سادسا: بعض فنيات الإرشاد متعدد الوسائل

تتنوع فنيات الإرشاد متعدد الوسائل، حيث يمكن استخدام أكثر من

طريقة، وذلك على النحو التالي:

١- في الجانب السلوكي (B):

- الانطفاء، الممارسة السالبة، منع الاستجابة، الغمر.

- الإشراف المضاد: التخلص التدريجي من الحساسية.

- التعزيز الإيجابي بصورة.

- التعزيز السلبي بصورة.

٢- في الجانب الوجداني (A):

- التنفيس: التعبير عن الجوانب الانفعالية المخزونة في وجود علاقة مساندة.

- استعادة المشاعر والتعبير عنها.

٣- في جانب الإحساس (S):

- تحرير التوتر من خلال التغذية الراجعة، الاسترخاء، التدريبات البدنية.

٤- في جانب التخيل (I):

- تغيير صورة الذات، تخیلات المواجهة الإيجابية للمواقف والضغط.

٥- في الجوانب المعرفية (C):

- زيادة الوعي بالأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الراهنة.

٦- العلاقات الشخصية (I):

- النمذجة (استخدام النماذج السلوكية)، التقبل غير المشتمل على النقد.

٧- العقاقير (D):

- إضافة للفحوص والعلاجات الطبية، يمكن استخدام التمرينات الرياضية والتغذية والاقلاع عن تعاطي المواد الضارة، كما قد تستخدم في بعض الأحيان الأدوية النفسية، وبصفة خاصة في حالات الفصام والاكتئاب والقلق (الشناوي ١٩٩٤، ص ٢٦٤ - ٢٦٥).

سابعاً: تقويم النظرية

تتيح هذه النظرية للمسترشد بهذا الاتجاه معرفة الإرشاد الأنسب لكل حالة. إنه يقدم إمكانيات أكثر مما تقدمه المحاولات الأخرى من أجل صياغة نظرية متعددة الوسائل للإرشاد النفسي، إنه يشتمل على كثير من الأفكار الجديرة بالاهتمام، وعلى كثير من المفاهيم والتقنيات التي يستفاد منها نظرياً وعملياً. وترى هذه النظرية أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل داخلية عدة بالإضافة إلى العوامل البيئية.

ومع هذا فإن أسلوب لازاروس ليس أسلوباً مكتملاً وشاملاً، إنه لم يطور نظرية متكاملة في الشخصية من حيث كيفية اكتساب السلوك وتطوير الأبعاد السبعة في شخصياتهم، وكيف تصبح شخصياتهم قوية أو ضعيفة.

إن الإرشاد متعدد الوسائل عند لازاروس ينقصه الأساس النظري والتكامل. "حيث أن "لازاروس" لم يقدم تقويماً منظماً لموقفه، ولم يقيم تكاملاً مكتملاً، ولم يجرّد عملياً طرقه المتعددة في العلاج (Multi- Method)، وأسلوبه تجريبي خالص وعملي، وهو يتقبل أي تكنيك بصرف النظر عن أصوله أو أساسه النظري أو قصوره في هذا الصدد (باترسون، ١٩٩٠، ص ٤٩٩).

ثامناً: بعض تطبيقات الإرشاد المتعدد الوسائل

- في المجال الزواجي:

إن السير العادي للعلاج الزواجي المتعدد الوسائل يبدأ عادة بإجراء مقابلة سريرية أولية حيث يتم مشاهدة الزوجين معاً، وتناقش المشكلات المطروحة من قبل الزوجين. ويعطى لكل زوج استبيان القصة الحياتية ليجيب عن المعلومات الواردة فيه بصورة مستقلة عن الزوج الآخر. ومن ثم تعقد جلسة فردية مع كل طرف لوحده من أجل معاينة المعلومات التي كتبها في الاستبيان الخاص به من جهة، ومن أجل بناء البروفيل الأنموذج الأولي من جهة أخرى. ويتم فيما بعد إعداد التقنيات العلاجية للزوجين طبقاً لاحتياجاتهما الخاصة.

وهنا لابد من الانتباه إلى المرونة في تلبية الحاجات الخصوصية لكل من الزوجين، حيث يظهر عادة طيف واسع من الحاجات وأنماط الحياة والعادات والممارسات المختلفة بين الزوجين. كما يتعين على المعالج أن يتجنب الاعتماد على وجهة نظره الخاصة وأن يبتعد عن إسقاط مفاهيمه الذاتية المتحيزة ضد المرأة أو الرجل، وأن يفتش عن أفضل ما يلائم الزوجين في محاولة لتسوية مشكلاتهما. وفي هذا النمط من العلاج يصمم المعالج ثلاثة برامج علاجية متزامنة، برنامجاً لكل زوج على حدة، وبرنامجاً للزوجين معاً.

ونورد فيما يلي تطبيقاً يبين فنية العلاج متعدد الوسائل لتحقيق السعادة في

الحياة الزوجية:

١- السلوك (B): وذلك من خلال تعليم الزوجين على الصراحة في التعبير عما يثير استجاباتهما العاطفية والإشارة إلى التفضيلات فيما يتعلق بهذه السلوكيات مما يقلل من حدوث الأخطاء التي تكون مصدراً لعدم التوافق الزواجي.

(٢) - العاطفة (A): فوجود العاطفة السلبية من شأنه أن يدمر الحياة الزوجية ومتعتها، ونعني بالعاطفة السلبية (القلق، مشاعر الذنب، النفور... الخ) والتي تنتج عن بعض الخبرات السابقة مثلاً.

(٣) - الإحساس (S): حيث ترتبط السعادة بالوظيفة الحسية ولاسيما بالطيف الواسع للإثارات الحسية التي يتعلمها الزوج ويحسن استخدامها. وهكذا يكون للاضطرابات الحسية أثر بالغ في سوء الحياة الزوجية.

(٤) - التخيل (I): قد تزيد التخيلات من التفاعل العاطفي بين الزوجين وما يرافقه من متعة.

(٥) - الأفكار (C): فأكبر المسرات والمشكلات في العلاقة الزوجية تتوقف بشكل كبير على الأحاديث الذاتية والأفكار ذات الطابع الجبري المفروضة على الذات مثل ضعف الرجولة أو البرودة الجنسية، وهذا الإكراه والجبر يؤدي في كثير من الأحيان إلى قلق في الحياة الزوجية. وإن تصحيح الأفكار الخاطئة والخرافات تبدو في كثير من الأحيان جوهرية للحياة الزوجية الناجحة.

(٦) - العلاقات البينشخصية (I): قد تصبح العلاقة الزوجية مصدر صراع وخصام، وليس مصدراً للتعبير عن الألفة والمحبة.

(٧) - الأدوية (D): إن تناول بعض الأدوية قد يسهل تفاعل الحياة الزوجية أو يعيقهما. وقد يكون منشأ الاضطراب العاطفي عضوياً مثل المرض الجراحي والاضطرابات الهرمونية وغيرها.

وأخيراً ومن خلال معاينة هذه الأبعاد السبعة يستطيع المعالج أن يحدد المشكلات التي تظهر في مختلف الأبعاد، ويقوم استبيان القصة الحياتية في الكشف فيما إذا كان من الجيد الاكتفاء بأساليب التوعية والتدريب الزواجي أو أننا بحاجة إلى المزيد من العلاج. وهنا يجدر الإشارة إلى أن حلول المشكلات

الزواجية تكون نوعية وخاصة بكل فرد من الأفراد، فمراجعة أبعاد الصيغة (BASIC-ID) تتيح للمعالج الكشف على المتحولات القابلة للتمييز والتي بدونها تبقى المشكلات الزوجية عصية عن العلاج.

- ظاهرة إدمان المخدرات باستخدام العلاج المتعدد الوسائل

إن تعاطي المخدرات موضوع ذو ماض وحاضر ومستقبل، أما الماضي فهو بعيد يصل إلى فجر الحياة الإنسانية الاجتماعية، وأما الحاضر فيشمل العالم بأسره، وأما المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة (سويف، ١٩٩٦، ص ١٣). فقد استخدم المخدر منذ القدم وبقيت بعضاً من أشكاله تستعمل خلال الأجيال حتى يومنا هذا. كما يستعمل المخدر طبياً في بعض الحالات لتسكين الآلام في الحالات المرضية الشديدة كآلام السرطان مثلاً. وعند تكرار التعاطي يحدث ارتباط بين المخدر وبين الشخص حتى يحدث الإدمان، وكثيراً ما يؤدي هذا الإدمان إلى الانحراف.

أما بالنسبة لعلاج ظاهرة الإدمان فتتألف من ثلاثة مستويات وهي:

١- الوقاية: وهنا يبرز دور وسائل الإعلام في تسليط الضوء على هذه الظاهرة وآثارها السلبية على كل من الفرد والأسرة والمجتمع.

٢- المداخلة العلاجية: التي تتألف بدورها من ثلاثة مكونات وهي:

أ- العلاج الطبي.

ب - العلاج النفسي.

ج - الرعاية الاجتماعية.

٣- المتابعة بعد إجراء المداخلة العلاجية وتتضمن:

أ- إعادة التأهيل المهني للمدمن.

ب - إعادة الاستيعاب الاجتماعي. (سويف ١٩٩٦، ص ٢٣٢)

وفي هذا المقام نهدف إلى إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة، وذلك من خلال تحليل شخصية الفرد إلى عدد من الأبعاد النوعية للوصول إلى فهم كامل له ولبنيته الاجتماعية. (لازاروس، ٢٠٠٢، ص ١٩)

ويتم ذلك بتحليل شخصية المدمن في سبعة أبعاد وهي:

- ١- السلوك (B): وهو عبارة عن السلوكيات الواضحة الظاهرة مثل الأفعال والعادات ووضعية الجسم والاستجابات وردود الأفعال التي ترتبط بالإدمان والتي تكون ملاحظة وقابلة للقياس.
- ٢- العاطفة (A): وتشير إلى الانفعالات والأمزجة والمشاعر القوية التي تتأثر وتؤثر بحالة المدمن العاطفية وبقية أبعاد شخصيته (غضب، قلق... الخ)
- ٣- الإحساس (S): ونقصد هنا ما يتعلق بالحواس الخمس ومن هذه الإحساسات (التوتر، الألم، الدوار، التعرق، الغثيان... الخ) وكيفية تأثرها بالمواد المخدرة.
- ٤- التخيل (I): وتتضمن أحلام اليقظة المتكررة والذكريات الحية وصورة الذات.
- ٥- البنية المعرفية (C): وتتضمن أفكار المريض (المدمن) وقيمة وآراءه.
- ٦- العلاقات البينشخصية (I): وتتضمن طريقة التعامل مع الآخرين (أصدقاء، أقران، معارف...) بالإضافة إلى المشكلات والمتاعب الاجتماعية الناجمة عن الإدمان.
- ٧- الأدوية (D): وتتضمن جميع الأدوية التي يتناولها المدمن والموصوفة من قبل الطبيب أو التي يتناولها دون وصفة طبية.

ولابد لنا هنا من أن نذكر ونوضح العلاقات البينية بين هذه الأبعاد وتأثيرات بعضها في بعض وعلى منظومة الشخصية ككل. (لازاروس ٢٠٠٢، ص ١٠٠-١٠٢)

هكذا وبعد إجراء التقويم المتعدد الجوانب لشخصية المدمن نقوم بتحديد التفاعلات القائمة في الصيغة (BASIC- ID) وذلك لتحديد مواطن الضعف وعوامل العلاقة بين المعالج والمدمن، ومن ثم انتقاء تقنيات العلاج المناسبة لكل حالة على حدة ضمن المنهج الأساسي لهذه النظرية العلاجية. ويمكن أن يتم هذا من خلال برنامج إرشادي لمعالجة ظاهرة الإدمان على المخدرات والذي يهدف إلى التقليل من المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة للوصول بالمدمن إلى الحالة الطبيعية التي تؤهله إلى العودة إلى الاندماج بالمجتمع، وبالتالي إنهاء حالة الإدمان لديه.

ويمكن استخدام مجموعة من التقنيات التي يمكن الاختيار منها ما يناسب الحالة التي يتم التعامل معها. وفيما يلي عرض لهذه التقنيات وذلك وفقاً لمحاور الشخصية:

أ – السلوك: ويمكن أن نستخدم هنا: النمذجة، التعزيز، التحصين التدريجي.

ب – التخيل: ويمكن أن نستخدم هنا: التخيل التكريهي، التداعي الحر.

ج – العاطفة: ويمكن أن نستخدم هنا: التفريغ الانفعالي، التعرف على الشعور.

د – الإحساس: ويمكن أن نستخدم هنا: الاسترخاء، تركيز الإدراك الحسي.

ه – المعرفة: ويمكن أن نستخدم هنا: ABC، حل المشكلات.

و - المجال البيشخصي: (العلاقات الاجتماعية) ويمكن أن نستخدم هنا:
مهارات تأكيد الذات، مهارات الاتصال.
وبالطبع سيكون للبرنامج الإرشادي مراحل سير تتضمن الأهداف والتقنيات،
وتتضمن كل مرحلة جلسة أو أكثر.



الفصل الثامن

نظرية الإرشاد بتحليل التعاملات

Transactional Analysis Counselling

- ١- مدخل
- ٢- القضايا الأساسية للنظرية
- ٣- أهداف النظرية
- ٤- عملية الإرشاد النفسي
- ٥- النظرة للاضطراب النفسي
- ٦- بعض التقنيات المستخدمة في النظرية
- ٧- تقويم النظرية
- ٨- بعض التطبيقات



أولاً: مدخل

إن مؤسس هذه النظرية هو الطبيب النفساني "ايريك بيرن" E. Beren الذي وُلد في كندا (١٩١٠ - ١٩٧٠) ودرس في الجامعات الأمريكية، وتدرّب في معظم حياته على التحليل النفسي. وقد بدأ "بيرن" في عرض أفكاره في أوائل الخمسينات من القرن العشرين وتطبيقها في العلاج الجسدي منذ عام ١٩٥٦. ولقد صدر أول كتاب لبيرن تحت عنوان "العقل في نشاطه" تلاه كتاب بعنوان "التحليل التحويلي في العلاج النفسي"، ثم كتابه "بنية وديناميات المنظمات والجماعات" ثم كتاب "أسس العلاج"، غير أن أهم كتبه والذي كان سبباً في شهرته كان بعنوان "المباريات التي يلعبها الناس: سيكولوجية العلاقات البشرية" والذي نُشر عام ١٩٦٤ واختير كأفضل كتاب في ذلك العام. وبعد وفاته بعامين فاز آخر كتبه والذي نشر عام ١٩٧٢ بعنوان "ماذا نقول بعد أن نقول أهلاً"

What do you say after you say Hello ? (الشناوي، ١٩٩٤ ، ص

٣٤٥) .

إن جذور هذه النظرية نجدها في نظرية التحليل النفسي، ولكن بيرن صمم مشروعه مخالفاً للتحليل النفسي، حيث ركز جل اهتمامه على المعاملات بدلاً من التحليل النفسي عند فرويد ، وتحول من اهتمامه بالديناميات الداخلية النفسية إلى الديناميات الواردة في التفاعلات الاجتماعية. كما تلنقي هذه النظرية في بعض نقاطها مع نظريات آدلر وسوليفان ومع النظرية السلوكية ومع الوجودية، وعملية العلاج الجماعي. ومع هذا الشبه مع بعض النظريات إلا أن طريقة بيرن تظهر كطريقة مستقلة وذات تقنية خاصة بها مما أوجد تبعية خاصة لها وأدى إلى تأسيس جمعية نفسية خاصة لها.

إن ملامح طريقة بيرن التفاعلية تبدو واضحة عن طريق تطويره لمفهوم الذات في المجال التحليلي. فبينما قسم فرويد القوى الفعالة في الشخصية إلى ثلاثة أقسام هي: الهو والأنا (الذات) والأنا الأعلى، نجد أن بيرن أخذ من هذه الأقسام الثلاثة فقط قسم "الذات" ولم ينظر إليه كمجرد دور يقوم به الفرد، وإنما وجود حقيقي يمكن ملاحظته. وقد طور بيرن مفهوم الذات وقسمه إلى ثلاثة أجزاء اعتبرها حقيقية وسماها حالات نفسية، وهي حالة " الوالد " ، وحالة " الراشد " ، وحالة " الطفل " ، ويرى أن الإنسان ينتقل من الواحدة إلى الأخرى طوال حياته. والشخص السليم هو الذي يختار حالة من الحالات الثلاث للذات لتكون متلائمة مع الموقف، وتتحقق السعادة من خلال التعاون القائم بين هذه الحالات الثلاث للذات، كما أن تحديد واحدة من الحالات لا يعني بأنها معزولة عن بعضها من الناحية الزمنية، لأن حالة واحدة أو حالتين أو ثلاثة تكون موجودة في آن واحد عند الإنسان سواء بالتعاون أو التعارض، وقد تكون الغلبة لحالة واحدة، وعندها تعتبر هي الحالة الغالبة للذات.

ومن الناحية العملية فإن كل لقاء بين فرد وآخر حتى لو لم يتم بينهما تبادل للكلمات، فإن تعاملًا (Transaction) يقوم بينهما، ومادام لكل إنسان حالاته الثلاثة للذات وهي الوالد والراشد والطفل، فإن هذا التعامل لا بد أن يقوم بين واحدة أو أكثر من هذه الحالات الثلاثة في الفرد الواحد، وبين واحدة أو أكثر من هذه الحالات للذات في فرد آخر. وهكذا تبدو معادلة التفاعل بين حالات الذات في فرد وحالات الذات في فرد آخر تنوعاً واختلافاً لا حد له.

ثانياً: القضايا الأساسية في النظرية

١ - النظرة إلى الإنسان

إن نظرية تحليل التعاملات هي نظرية للحياة، حيث ترى أن كل فرد يولد ولديه الطاقة لتنمية إمكانياته بما يحقق أقصى فائدة له ولمجتمعه، وتحقيق القدرة على أن يعمل بصورة منتجة ومبتكرة لكي يكون متحرراً من المعوقات النفسية. ومع ذلك فإنه مع بداية الأيام الأولى من الحياة قد يواجه الرضيع المتاعب أو يقع في سلسلة من الصعوبات، وهذه الصعوبات المبكرة مع غيرها مما يحدث فيما بعد قد يمنع الكثير من الأفراد من تنمية كامل طاقاتهم.

يفترض بيرن أن الناس بطبيعتهم قادرون على أن يحيوا حياة حرة يوجهون فيها أمورهم بأنفسهم، حيث يرى: أن الأطفال يولدون منعمين ويظلون كذلك، ولكن بسبب تأثير آبائهم عليهم قد يتحولون إلى صور ضعيفة. كما أن خبرات الماضي وخاصة تلك الخبرات الموجودة في مرحلة الطفولة المبكرة من النمو لها تأثيرها على السلوك الحاضر للناس. ويرى أيضاً أن للأبوين دوراً كبيراً في تكوين شخصيات أطفالهم، وأن الناس قادرون على العيش بحرية وتوجيه حياتهم بأنفسهم، وأن كل إنسان مسؤول تماماً عند القرارات المتصلة بحياته الشخصية. وإن هذا الإنسان ايجابي وغير جبري في سلوكه. ونرى أن هذه النظرة المتفائلة للإنسان أكدها بيرن من خلال اعتباره أن الناس الذين يعانون من مشكلات انفعالية هم بشر أذكاء ومقتدرون. وقد استخدم هذه القاعدة في جعل المسترشدين على قدم المساواة مع المرشد، وتحميلهم المسؤولية في عملية الإرشاد، ومهما كانت معاناة المسترشدين فإنه من الممكن مساعدتهم على التخلص تماماً من مشكلاتهم.

يرى بيرن أن البشر لديهم حاجات أساسية وأهمها حاجة الاتصال والتفاعل مع الآخرين "الجوع للمثير" وينفرع من هذه الحاجة الأساسية مجموعة من الحاجات الفرعية وهي: جوع الملامسة وجوع التقدير وجوع البناء الذي يتصل بتنظيم الوقت. والملاحظ أنه في بداية حياة الطفل فإن الحاجة للاتصال والتفاعل مع الآخرين تتمثل في الملامسة، مثل احتضان الطفل وتقبيله. ومع نموه يبدأ في إشباع حاجاته للاتصال بالآخرين من خلال التقدير والاعتراف، وكذلك من خلال الملامسة اللفظية أي التخاطب والتي أطلق عليها بيرن اسم الضربة (Stroke) وهي الوحدة الأساسية للتفاعل الاجتماعي، وتبادل الضربات يسمى معاملة أو تحويلة (Transaction). وأما جوع البناء فيتمثل في الحاجة إلى تنظيم الوقت حتى يتجنب الفرد الملل (كمال، ١٩٩٤، ص ٢٥٩) (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٥٠).

٢- حالات الأنا (الذات)

والتي تتألف طبقاً لنظرية بيرن من ثلاثة أقسام هي:

أ- حالة الوالدية Parent (الأنا الأعلى)

ب- حالة الراشد Adult (الواقع)

ج- حالة الطفل Child (الهوائية)

وكل فرد لديه هذه الحالات الثلاثة للأنا والتي تظهر نفسها في مجموعات مختلفة من أنماط السلوك التي يُشار إليها بالوالد والراشد والطفل.

أ- حالة الأنا الوالدية (الوالد) Parental Ego State

وهي تتكون من الفرد المتنامي نتيجة لفعل تعاليم ومثل وقيم آباء حقيقيين أو بدلاء عنهم، من خلال تأثير سلوكهم في سلوك الأبناء، وهكذا تكون

استجابات الأبناء بنفس طريقة استجابة الآباء، ومثل هذه السلوكيات تسمى سلوكيات والدية (أو حالة الأنا الوالدية) مشيرة إلى أن الأفراد الذين في هذه الحالة يمثلون الحالة العقلية التي أظهرها أحد الوالدين أو بديله في الماضي. وحسب بيرن: "فإن كل شخص يحمل والديه تقريباً في داخله" (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٤٧). حيث تشتق حالة الأنا الأب من النفس الخارجية والتي تنطوي على الأنشطة القائمة على التوحد أو النقص، فكل الراشدين لديهم آباء حقيقيون أو بديلون يؤثران من خلال الوظيفة النفسية الخارجية في سلوكهم، ويطلق على هذا السلوك المتأثر بالآباء سلوك الأب، وهو يوضح أن الأفراد في حالة عقلية تم عرضها بوساطة أحد آبائهم الحقيقيين أو البديلين في الماضي، وأنهم يستجيبون بنفس الطريقة وب نفس الوقفة أو الوضع أو المزاج وب نفس الحركات التعبيرية والتعبيرات اللفظية والمشاعر ونحو ذلك.

ويرى بيرن أن الحالة الوالدية في نظريته ليست هي الأنا الأعلى عند فرويد رغم أن الأنا الأعلى يعتبر جانباً من التأثير الوالدي. وإضافة إلى ذلك فإن التأثير الوالدي هو شيء ملموس من التعاملات المباشرة والواقعية مع الوالدين. كما يشتمل التأثير الوالدي بالإضافة إلى الممنوعات (ما لا ينبغي عمله)، التسامح والعطاء والتشجيع والأوامر، وهو يؤدي بالأفراد إلى الاستجابة كما يريد آباؤهم.

ب- حالة الأنا الراشدة (الراشد) The Adult Ego State

في أثناء عملية النمو فإن الفرد يكتسب مختلف أنواع المهارات والأداء والحقائق وتصبح حصيلة كل ذلك الذات الراشدة، حيث يكون لديه القدرة على اختبار الواقع بشكل مناسب. وتمثل الحالة الراشدة للأنا الأداء النفسي الداخلي، وهي تشمل على تشغيل البيانات وتقدير الاحتمالات واتخاذ القرارات، وهذا

الراشد موجود في داخل كل فرد، وهو ضروري للبقاء في العالم، وهو ينظم أنشطة الحالة الوالدية والحالة الطفلية ويتوسط بينهما، ويقوم أيضاً بدور الإبقاء على هاتين الحالتين للأنا حديثة وملائمة ومفيدة للفرد.

وتنمو حالة الأنا الراشدة بشكل تدريجي عبر السنين من خلال الملامسات والاختبارات التي يقوم بها الفرد مع الواقع والبيئة. وتكون عملية الاختبار مركزة على الحقائق وليس على المشاعر، على عكس ما يحدث في الحالة الوالدية أو الحالة الطفلية، على الرغم من أن الراشد يمكنه أن يقدر الخبرات الانفعالية لحالات الأنا الأخرى، وكذلك يختلف "الراشد" عن "الوالد" وعن "الطفل" في أنه يستمر في جمع المعلومات وتحديث المخزون لديه منها، بينما يبقى محتوى الطفل والوالد ثابتاً تقريباً بعد سن السادسة من العمر.

ج- حالة الأنا الطفلية (الطفل) The Child Ego State

إن كل بالغ كان طفلاً، وتبقى تأثيرات الطفولة على شخصية الإنسان مدى الحياة، وطبقاً لهذه النظرية فإن للطفل ذات واحدة وهي حالة الطفل، وعملية بناء هذه الذات تبدأ منذ الولادة، ثم تبدأ عملية اكتساب التجارب والخبرات. وأن حالة الأنا الطفلية تعبر عن نفسها بحرية أكثر بوجود طفل آخر، وفي تحليل التعاملات فإن حالة الأنا الطفلية تكون يقظة (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٦٥). ويرى بيرن أنه من المهم لكل فرد أن يفهم حالة الطفل بداخله ليس فقط لأنه سيستمر معه طوال حياته وإنما لأنه أكبر جوانب الشخصية قيمة. (Berne, 12, 1964)، وفي اللهجة الدارجة لتحليل التعاملات فإن "كل شخص يحمل بداخله طفلاً صغيراً"، وهذا الطفل عند بيرن ليس هو حالة الهو - self فرويد رغم أنه قد يتأثر بها، وبصفة خاصة فإنه لا يعاني من حالة عند تنظيم التي حددها فرويد للهو وإنما هو صورة منظمة (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٤٩).

ويحدد المعالجون بتحليل التعاملات ثلاث صور مختلفة للسلوك المنبعث عند حالة الطفل: فالطفل الطبيعي هو الجانب المندفع، المتحرر، غير الاجتماعي، والذي له تعبير انفعالي من حالة الأنا الطفلية. أما الطفل المتكيف فهو ذلك الجانب من الحالة الطفلية الذي تم تطبيقه اجتماعياً عن طريق الوالدين، وهو يشكل ويقيد سلوك الطفل الطبيعي. أما النوع الثالث أو الجانب الثالث من حالة الطفل فهو ما أطلق عليه بيرن "الأستاذ الصغير" (Little Professor) وهو الممهّد لتفكير الراشد وتعليقاته. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٤٩).

إن كل من الحالات الثلاث للأنما: الوالد والراشد والطفل، لها مكانتها ودورها وتتوازن مع بعضها بعضاً، فالوالد يمثل الجانب الأخلاقي، والراشد يمثل الواقع، أما الطفل فيمثل الهوائية في الشخصية السوية بما يتناسب مع العمر الزمني للفرد، وعندما يختل هذا التوازن ينشأ المرض النفسي وتعود الحاجة لإجراء التحليل الخاص بالتعاملات والمساعدة على إعادة التنظيم. ويمكن اختصار خصائص هذه الحالات فيما يلي:

حالات الذات	محتوى الحالة	وظائف الحالة
الوالد " الوالد "	التعاليم بشكل عام "معتقدات - قيم - أخلاق"	يعتقد - يحمي - يسيطر - يتعهد
الراشد	الحقائق وغيرها من المعلومات الموضوعية والتجارب والمهارات	يفكر - يحسد - يحلل

يشعر - يرغب - يلعب - يتكيف - يعارك	المشاعر سواء ما جاء منها بالطبيعة أو تعلمه الطفل بالتكيف حسب متطلبات الأبوين وغيرها	الطفل
---	--	--------------

(كمال، ١٩٩٤ ، ص ٢٦١)

وبهذا يمكن تلخيص وظيفة كل حالة من حالات الذات الثلاثة بأن حالة الوالد: تعتقد، وحالة الراشد تفكر، وحالة الطفل تشعر. أما من الناحية الفعلية فإن حالة الذات التي تملك الطاقة الأعظم فعالية في لحظة ما فإنها تملك بسبب ذلك القدرة على التنفيذ، ولهذا سميت بالحالة التنفيذية سواء أكانت حالة الطفل أو الراشد أو الوالد، وذلك بصرف النظر عن أي الحالات الثلاثة هي الأكثر وضوحاً، فحالة الطفل مثلاً: تكون أكثر وضوحاً بينما الفعالية التنفيذية قد تكون في تلك اللحظة لحالة الوالد أو بالعكس. وهكذا في جميع حالات الذات الثلاثة أو اثنين منها. كما يمكن قيام التعارض والصراع بينها في عملية التعامل، ويمكن لهذا التعارض بين حالات الذات أن يغير من نتيجة التعامل بينهما.

إن الحركة التحليلية التفاعلية تفترض بأن معظم حالات التعاون تقع بينها حالة ذات وأخرى وبدرجة متفاوتة من المشاركة، إلا أنه في بعض الأمور الهامة والحاسمة كالزواج وإنجاب الأطفال والطلاق فإن الأمر يتطلب المشاركة الكلية للحالات الثلاث للذات. وتلاحظ أيضاً في سلوك اللعب والذي له أن يضمن هذه المشاركة وأن تؤدي إلى قيام التناغم بين الحالات الثلاث. ولعل هذا ما يؤكد أهمية عملية اللعب الصحيحة في تدريب الطفل على إقامة حالة متوازية من التعاون والمشاركة بين حالات الذات الثلاث وبالصور التي تضمن

الوصول إلى حالة الانسجام بينها، وهو الأمر الذي تتطلبه عملية اتخاذ القرارات الحاسمة في المواضيع الهامة.

ومن النقاط المهمة في موضوع حالات الذات حسب النظرية التفاعلية هي أنه لا يوجد تفاضل بين حالة من الذات وحالة أخرى، فكل واحدة منها قيمة متساوية في كيان الشخصية مع الحالتين الأخريين، والأداء الكامل للشخصية يتطلب توفر الحالات الثلاثة للقيام بالفعل السريع في تفاعلات وتعاملات الحياة اليومية.

٣ - التعاملات الإنسانية

توفر التعاملات الإنسانية الفرصة لإشباع جوع البناء الذي يتمثل بالحاجة إلى تنظيم الوقت وجوع التقدير والاعتراف والحاجة إلى الاتصال بالآخرين والتخاطب اللغوي معهم والحصول على نقاط من الآخرين، وهذه النقاط أو الضربات (Strokes) هي الوحدة الأساسية للتفاعل الاجتماعي.

وتعرف وحدة التفاعل الاجتماعي بالتعامل أو المعاملة والتي تشمل على "مثير تعامل" من جانب الشخص الذي يبدأ التعامل ويقابلها "استجابة تعامل" (R--S). ويمكن تحليل التعاملات بالنسبة لمصادر المثيرات والاستجابات في حالات الأنا الثلاث لدى المشاركين في هذه التعاملات. وأبسط هذه التعاملات هي الصادرة من "الراشد" إلى "الراشد"، أي من حالة الأنا الراشدة لدى الشخص الأول للحالة الراشدة لدى الشخص الثاني، وهكذا. وبلي ذلك في البساطة التعامل الصادر من حالة الأنا الطفلية لدى الشخص إلى حالة الأنا الوالدية لدى شخص آخر وهي تشمل عادة على طلب أو رجاء.

وقد تكون التعاملات تكميلية (فيها مجاملة) أو متصادمة (متقاطعة)، والتعاملات التي فيها تكملة تتبع الوضع الصحي للعلاقات، وكلها تؤدي إلى

الاتصال الهادئ المستمر، أما التعاملات المتقاطعة فينتج عنها انقطاع الاتصال، وأكثر هذه التعاملات المتقاطعة شيوعاً وأكثرها إيذاء هي مثير راشد موجه إلى حالة راشد في شخص آخر الذي يرد بدوره عند مستوى الطفل لديه إلى مستوى الوالد لدى البادئ بالمحادثة، ومثال على ذلك عندما يسأل عامل أحد زملائه عن الملف الذي كان يعمل فيه منذ ساعة، وهذه معاملة من راشد لراشد، ويكون الجواب: أنت دائماً تسألني عن حاجتك، وهذه معاملة من طفل إلى والد. ويمثلها أيضاً إذا جاء الرد من مستوى الوالد إلى مستوى الطفل مثل: لماذا لا تحافظ على حاجتك؟.

وتقسم التعاملات الإنسانية إلى:

— التعاملات التكميلية (التعامل التكاملي):

وفي هذا التعامل يتبع الوضع الصحي للتعامل، ويتكون بوجود رسالة حالة أنا ويأتي الرد من حالة أنا متوقعة، مثل:

راشد — راشد

والد — والد

طفل — طفل

مثال :

من حالة راشد: هل تعرف أين التقرير ؟

من حالة راشد: يبدو لي أنه في النسخ.

— التعاملات المتصادمة (التعامل المتقاطع):

ينتج عن انقطاع الاتصال، وأكثر هذه التحولات المتقاطعة شيوعاً وأكثرها تدميراً هي مثير راشد موجه إلى حالة راشد في شخص آخر الذي يرد بدوره

من مستوى الطفل لديه إلى مستوى الوالد لدى البادئ بالمحادثة، ويمثلها أيضاً إذا جاء الرد من مستوى الوالد إلى مستوى الطفل. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٥٢)

مثال: المرسل (راشد): هل تعرف أين التقرير؟

أ- المستقبل (طفل يوجه رسالته إلى الوالد): أنت دائماً تسألني عن حاجاتك.

ب - المستقبل (والد إلى طفل): لماذا لا تحافظ على حاجاتك؟

ـ التعامل الخفي:

وهو أعقد أنواع التعامل لتداخل النوعين السابقين فيه، وهو مثل التعامل التكاملي والنقاطعي، لكنه يختلف عنهما في أن الرسالة تكون خفية. وتستخدم هذه التعاملات في لعب المباريات وتكون فيها الرسائل مزدوجة وموجهة لحالتين من الأنا في وقت واحد، والرسائل الواضحة هي المقبولة اجتماعياً.

مثال: (راشد - راشد): هل تشرب القهوة؟ (راشد - راشد): نعم.

هذه رسالة واضحة. أما الرسالة الخفية المتضمنة فيها فهي:

(طفل - طفل): أسمح لي بالتعرف عليك..... (طفل - طفل): نعم.

٤- المواقف الأربعة للحياة

يسعى الفرد في المراحل المبكرة من حياته "مرحلة الطفولة" إلى إشباع حاجاته أو إلى إشباع جوع المثيرات السابقة " الملامسة - الاعتراف - البناء " من خلال اتخاذ قرارات معينة لبعض المشكلات يمكن تحديدها زماناً ومكاناً - أي يبدأ الطفل في عمل مصالحة أو مفاوضة لإشباع حاجاته وعلى أساس هذه القرارات يتوصل إلى موقف تجاه نفسه وتجاه الآخرين ويصبح الطفل في عملية تبرير ودفاع عن هذا الوضع محاولاً إبعاد كل التأثيرات التي تهدده.

وهذا الوضع في الحياة هو المحدد الرئيس لخريطة الحياة، وفي الواقع أنه يبدو أن كلاً من الوضع في الحياة وخريطة الحياة يشقان من الخبرات المبكرة بدلاً من كون أحدهما يحدد الآخر، والأوضاع الأربعة تشتمل على مجموعتين قطبيتين هما:

— المجموعة الأولى: أنا الآخرون I – OTHERS .

— المجموعة الثانية: بخير ... ليس بخير OK – NOT OK .

وبذلك تتكون الأوضاع الأربعة على النحو التالي:

(١) — إنني بخير ... وأنت أيضاً بخير I am Ok, you are ok

وهذا الموقف يعبر عن أفضل حالة صحية إذ ينعكس قبول الذات وقبول الآخرين. فهو وضع النجاح الصحي.

(٢) — إنني بخير ... ولكنك لست بخير I am ok, you are not ok

وهذا موقف متعجرف أو متكبر وهي خاصية المتمسك بالأفضلية كالذعابة أو المبشرين أو حفظة النظام أو فاعلي الخير ويسمى هذا الاختيار في التعبير الدارج أو العامي " التخلص من الناس " وقد يؤدي لدى الناس الأقل صحة إلى البارانيود Paranioid أو القتل Homicide " (باترسون ، ١٩٩٠ ، ص ٢٩٠)، فهو وضع الأشياء وعدم التقبل إزاء سلوكيات الآخرين.

(٣) — إنني لست بخير ... ولكنك بخير I am not ok, you are ok

وهو موقف اكتئابي قد يقود بالفرد إلى قطع صلاته بالآخرين كأن يدخل إلى مؤسسة داخلية أو غيرها، أو يحاول الانتحار، وهذا الوضع يمثل وضع الاستقالة من جنس البشر أي أنه لون من اعتزال الناس.

٤) - إنني لست بخير ... وأنت كذلك لست بخير I am not ok , you are not ok

وهو موقف العجز والانسحاب وقد يؤدي إلى العدوانية أو إلى الانتحار، وهذا الانتحار ينتج عن الحرمان من الملاطفة والاحتضان في أثناء الطفولة ومن نقص الاحتكاكات الاجتماعية. وهذا هو موقف الأطفال المرفوضين من والديهم وهم يظنون أن هذا كان بسبب عيب فيهم وهم يعممون خبرتهم مع والديهم على الجميع ويكون موقفهم عادة موقف يأس واكتئاب.

٥- الاتصال الاجتماعي

يقدم الاتصال الاجتماعي الفرصة لإشباع الرغبة في النظام أو تنظيم الوقت كما يشبع الرغبة في المثبرات أو الحصول على الانتباه من الآخرين ... وحدة الاتصال الاجتماعي هي التبادلية (أخذ وعطاء) .. إنها تتطوي على مثبرات تفاعلية تبادلية من جانب الشخص الذي يبادر بعملية التفاعل بالاعتراف بالآخرين بطريقة ما وبلاستجابات التفاعلية. فالتفاعل التبادلي يحل في صور من مصادر المثبرات والاستجابات أي بالبحث عن أصولها في حالات الأب أو الراشد أو الطفل المشاركين في العملية التفاعلية ... وأبسط صور التفاعل التبادلي هي الراشد مع الراشد، أي بين حالة راشد عند شخص ما إلى راشد عند آخر ثم من هذا الراشد الآخر إلى الراشد الأول... والصورة الأبسط هي التفاعل التبادلي بين حالتي الطفل والأب وهي عادة صورة من الرجاء (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٠).

ويتضمن الاتصال الاجتماعي:

١ - المجاملات (الطقوس الاجتماعية) Rituals

تمثل المجاملات الاجتماعية صيغاً اجتماعية من السلوكيات التي تجري في مواقف اجتماعية نمطية، وهي تعاملات ذات طبيعة ودية مجاملة وهي تقابل أو تشبع الحاجة للاعتراف مثلاً. وقد يكون من أكثر هذه المجاملات "مرحباً" و "مع السلامة"، وهذا الاعتراف اللفظي فإنه يستمر من مجرد الاعتراف بوجود الشخص إلى الاعتراف بالمشاعر الشخصية إلى التعبير عن الاهتمام الشخصي مثل: كيف حالك؟. وقد تكون هناك طقوس تؤدي دور المجاملة مثل: تقديم باقة ورد أو هدية أو التلويح باليد للتحية... (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٥٣).

كما أن منع أو حبس الأشياء الرمزية الدالة على الاعتبار والتقدير يمثل الفظاظة أو الجلافة، وهناك درجات وأنواع من الاعتبار والتقدير: فخطابات المعجبين تعتبر شكلاً أقل تقديراً واعتباراً للشخصية من عبارات الإطراء والاستحسان، أو من تقديم باقة من الزهر عقب الانتهاء من أداء الدور. وتبدأ عبارات الاعتبار والتقدير من الكلمة البسيطة "مرحباً" إلى العبارة "كيف أنت" والتدرج يكون من مجرد الأخذ في الاعتبار بأن شخصاً ما موجود، إلى اعتبار وتقدير المشاعر والأحاسيس الشخصية إلى التعبير عن الاهتمام الشخصي الخاص (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩١ - ٢٩٢).

وهذه الطقوس تزيل التوترات المباشرة وتذيب الجليد وتبعث الدفء في التعامل وكثيراً ما يلجأ الناس إلى تجنب هذه التوترات من تقديم شراب أو طعام.

٢ - الألعاب (المباريات) Games

قدم بيرن في مؤلفة الشهير "الألعاب التي يلعبها الناس" مسميات لمئة لعبة مشيراً إلى أن للألعاب عدة وظائف منها أنها تشغل معظم الحياة الاجتماعية عند الناس وتعزز العلاقات بينهم. فاللعبة في العلاقات الإنسانية هي تلاحق مجموعة من التعاملات ذات المقاصد الخفية والمنتكاملة التي تتقدم صوب نتيجة جيدة التحديد ومتوقعة. وهي تقع بين الأنشطة والمجاملات من جهة وبين التودد والألفة من جهة أخرى. والمباريات ذات طبيعة مليئة بالخداع والغش والتفاعلات فيها تكميلية، ولكنها غير ظاهرة وتتطوي على أرباح أو خسائر وتكون نتائجها درامية (مفعمة بالأحداث). ويرى بيرن أن عملية البيع في التجارة لعبة ينطوي على مباريات، والحرب أحياناً تكون مباراة. وتحقق المباريات والألعاب عدداً من الوظائف، فهي تُخرج الحياة الاجتماعية من روتين الحياة، ويلجأ الناس إلى المباريات من أجل الإثارة أو التعزيز الاجتماعي أو الملاطفة. وكما هو الحال في المسليات فإن الأفراد الذين يلعبون المباريات نفسها أو الألعاب يتألفون بعضهم مع بعض (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٣).

وتعتبر الألعاب ذات تعاملات مزدوجة تشتمل على مستويين، المستوى النفسي والمستوى الاجتماعي، والتعاملات في المستوى النفسي تكون غير ظاهرة وتكون نتيجتها بصورة مشاعر طيبة أو سيئة. والأفراد الذين يشاركون باللعبة يكون لهم أدوار، ولهذه الأدوار مثلث يعرف بمثلث الدراما، وهو يمثل المضطهد والمنفذ والضحية. ونلاحظ أن هذا يتشابه مع ما ذكره "فرويد" في تحليله للأحلام بشكل عام.

١ - الألعاب الخاصة بالمضطهد:

أ - ممارسة تنشيط عزيمة الآخرين أو إشعال الفتن بينهم أو التهرب من مسؤولية الأخطاء.

ب - اللّوام: لتصعيد أخطاء الآخرين أو الذي يلوم الآخرين على تعاستهم أو الذي يصحح الأخطاء.

ج - الشخص الذي يضع عبارات الآخرين بالزاوية.

٢ - الألعاب الخاصة بالمنقذ:

وتتمثل هذه الألعاب بمن يقدم المساعدة للآخرين بدون أن يطلب منه ذلك، أو بالذي يتصور أنه لا غنى عنه.

٣ - الألعاب الخاصة بالضحية:

وتتمثل هذه الألعاب بالمستسلم العاجز الذي يشعر بالخسارة والذي يتظاهر بالغباء والذي يتسرع في كثير من الأمور والذي يتكل على أشخاص آخرين (العديلي، ١٩٩٥، ص ٩٨).

٣ - المسليات Pastimes

تسهل المسليات عملية الانتقاء الاجتماعي، حيث إنها تجمع بين أشخاص لهم اهتمامات متماثلة أو لهم اهتمام مشترك، وتعتبر المسليات تعاملات تتسم بالمجاملة والود. وقد تكون المسليات ممتعة بحد ذاتها أو وسيلة لتمضية الوقت (ملهيات)، وهي في جميع الأحوال ليست مثيرة بحد ذاتها.

تعتبر المباريات والمسليات انشغالات، وهي تقع بين الأنشطة والمجاملات من ناحية والألفة والمودة من جهة أخرى. وبينما تعتبر المباريات ذات طبيعة

تظهرية (رياء) وتتسم في أغلب الأحيان بعدم الأمانة وتكون نتيجتها مفعمة بالأحداث الدرامية، فإن المسليات تعتبر تعاملات مستقيمة تشتمل على مناقشة أو خلاف، ولكنها لا تشتمل على صراع، وقد تكون مفيدة وهي في معظم الأحوال صريحة ونظيفة. وقد يكون لبعض المباريات والمسليات نتائج خطيرة على الفرد والمجتمع كلعب القمار مثلاً.

بينما تكون الإجراءات والمجاملات نمطية ومعروفة ويمكن توقعها، فإن المسليات تكون أقل تحديداً، فهي تنطوي على وقت أطول من الشعائر، كما أنها قد تبدأ وتنتهي بشعائر كالمجاملات.. وهذه المسليات غالباً ما تشغل وقت الفرد حينما يكون في انتظار اجتماع ما أو نشاط ما أو في أثناء الحفلات.

قد تسهل المسليات عملية الاختيار الاجتماعي وتشكل الأساس لاختيار الأصدقاء حيث أنها تجمع أشخاصاً ذوي اهتمامات متشابهة تدور حول موضوعات ثقافية أو اجتماعية أو مصالح تجارية... وبالتالي تؤدي إلى تكوين علاقات أكثر تعقيداً (مباريات أو ألعاب). وتتنوع المسليات بشكل كبير وقد تصنف بطرق مختلفة. وتعتبر المسليات تعاملات تتسم بالمجاملة والود وقد تساعد على تثبيت موقف أو دور الشخص في الحياة.

٤ - الألفة (المودة) Intimacy

تشتمل الألفة على برمجة فردية على مستوى عال ومكثف تخترق قيود الأنماط الاجتماعية، وتعتبر الألفة أعلى صور الحياة التي ينبغي أن يحياها الناس، ومن الممكن للفرد أن يستغني عن الألعاب إذا وجد من يشاركه في الألفة. ولكي ينتقل الشخص من مستوى الألعاب إلى الألفة يجب أن يتوفر لديه الوعي والتلقائية ليتحرر من الاندفاع القهري نحو اللعب، ومن ثم يكون قادراً

على أن يكون حراً في الاختيار والتعبير عن مشاعره من خلال حالة الأب أو الراشد أو الطفل.

تعتبر الألفة ارتباطاً حقيقياً بين الشخصيات وهي تتطلب من الفرد وعياً بتخطيط الألعاب من جانب وبالتفانيّة التي تحرره من روتينية الألعاب من جانب آخر، وباختصار أن يكون أميناً ومباشراً وحساساً، وهي أيضاً تتطلب الانفصال عن تعاليم الماضي وعن الألعاب التي تعلمها آباؤنا والتي تعلمناها منهم، وغالباً ما تكون دوافع الألعاب مضللة وغير آمنة وتؤدي إلى نتائج درامية تتمثل في الشعور بالغضب والزيغ والاكتئاب وبعض الألعاب شديدة الخطورة وقد تنتهي بالانتحار (عبد الباقي، ٢٠٠١، ص ٤٨). فلكي يحرر الفرد نفسه من الألعاب فإنه يحتاج إلى الاستقلالية والتوجيه الذاتي من تأثير الأسرة والوالدين الذين تعلم منهم هذه الألعاب.

٥ - المخططات Scripts

تنتظم الألعاب والمباريات في مخططات، والمخطط هو مجموعة معقدة "متشابكة" من التعاملات المستمرة، ولكن ليس من الضروري أن تكون متكررة، والمباريات في أصلها خطة لا شعورية للحياة ترجع في أصلها لدى الفرد إلى قرار اتخذ في الطفولة المبكرة، والخبرة الأولى التي شكلت المخططات تسمى بروتوكول، والبروتوكول هو الأصل الأول أو المسودة الأصلية التي اشتقت من الخبرات الأولى ومن تأثيرات الوالدين والتي تأثرت فيما بعد بالأساطير والحكايات الخيالية التي سمعها الطفل (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٤).

ويظهر البروتوكول في مستوى ما قبل الشعور ويشكل أصل المخططات، وهذا الأصل يتم تعديله ليتوافق مع الواقع والذي يمثل الدور الذي يقوم به الفرد

على مسرح الحياة أو يقوم به أثناء العلاج الجماعي. وهناك شكل مطور للمخططات الأصلية يسمى المخطط العامل ويشترك من الشكل التوافقي، ونتيجة لذلك يصبح مخطط التصويب للإنتاج في الحياة.

يتم اختيار الألعاب لتناسب المخطط، وتختار الأدوار لتناسب الألعاب، والمخططات مرتبطة بالمواقف الأربعة للحياة. فالمخططات هي المؤثرات السائدة في التفاعل الاجتماعي المتبادل وهي متأثرة بالخبرات المبكرة التي تحدد المخطط، والمباريات يتم اختيارها لتناسب المخطط كما تختار التفاعلات التبادلية لتناسب المباريات، ويختار الرفاق على أساس مشاركتهم في التفاعلات التبادلية، ومن أجل تحقيق مزيد من العلاقات الثابتة فإنهم يختارون على أساس رغبتهم في المشاركة في المباريات، ولمزيد من علاقات المودة فإنهم يختارون على أساس القدرة على ملء الأدوار في المخطط، وعن عنصر القدر أو المصير في مخطط حياة الفرد، فالشخص أسير مخططه ما لم تكن لديه القدرة على تجاوزه أو تغييره، وهكذا يحدد قرار الطفولة حياة الفرد والطريقة التي بها يواجه الموت. ومع أن مخططاً كخطة حياة يتطلب كل أوقات العمر لأدائه فإنه يمكن لعبه في صور أو أشكال أقصر، على أساس سنوي أو أسبوعي أو حتى في جلسة جماعية أو خلال عدة ثوان، والمخططات الأصلية قد تكون بناءة أو هدامة.

ثالثاً: أهداف النظرية

يهدف الإرشاد النفسي عن طريق تحليل التعاملات إلى تحويل الأفراد من خاسرين إلى كاسبين، ومن ضعفاء إلى أقوياء، وبصفة عامة نحاول تحديد الأهداف التالية:

- مساعدة الفرد على اكتساب استقلالية الدور في تسيير أموره، وإن الاستقلالية الذاتية هي حق للطفل منذ مولده، ولكن معالم هذه الاستقلالية تطمس من خلال التنشئة الاجتماعية، ويحاول المعالج أو المرشد مساعدة الفرد على استرداد هذا الحق من خلال الإرشاد أو العلاج.

- مساعدة الفرد في مشاركة الآخرين الحب والقرب.

- تحرير حالة الأنا الراشدة عند المسترشد من التأثير السلبي من جانب حالات الأنا الطفلية والوالدية، ويتعامل المرشد مع حالة الأنا الراشدة الحرة في أدائها ليعضن حدوث التحسن.

- تخليص الأنا الراشدة من التشويش الذي يحصل بسبب التداخلات مع الأنا الوالدية أو الأنا الطفلية أو كليهما، ليتمكن من استخدام العقل استخداماً كاملاً. وبكلام آخر: مساعدة العميل على أن يكون قادراً على استخدام جميع حالات الأنا بشكل صحيح ومناسب، وهذا يعني بناء حدود فعالة للأنا أو جعل الحدود الجامدة أكثر مرونة.

- يحاول المرشد مساعدة المسترشد على تغيير القرارات (الأفكار اللاعقلانية عند "إليس" التي أدت به إلى وضع (الخاسر) في الحياة. وبالتالي يصبح المسترشد في وضع الكاسب. وبذلك يقلع عن وضعه القديم في الحياة ليحل محله الوضع الصحي.

- يطلب المرشد من المسترشد أن يحدد أهدافه التي جاء من أجلها للإرشاد.

- مساعدة المسترشد على أن يكون حراً في إجراء اختياراته بعيداً عن التأثير الوالدي، وتتطلب هذه الحرية وجود حالة أنا راشدة خالية من الخلط والتشويش وتفهماً لأهمية حالات الأنا الوالدية والطفلية في الأداء اليومي للفرد.

- مساعدة المسترشد على أن يستخدم حالات الأنا الثلاث بشكل مناسب، إذ ينبغي على المسترشد أن يكون قادراً على تحويل حالات الأنا لكي يتفاعل بشكل فعال مع الآخرين.

- إحداث تغييرات مرغوبة في سلوك المسترشد وكذلك في المشاعر والأعراض النفسية الجسدية.

- إن ضبط الأعراض المرضية والتخلص منها والضبط الاجتماعي يمكن اعتبارها أهدافاً في العلاج بطريقة تحليل التعاملات.

- يتقبل بيرن الضبط للعرض وتخفيف الأعراض والضبط الاجتماعي كأهداف لعلاج الأعصاب. ولكن الهدف النهائي لتحليل التفاعل التبادلي هو إعادة التكيف البنيوي والتكامل (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٨).

- يقرر بيرن أن الهدف النهائي من تحليل التعاملات هو إعادة التوافق وإعادة الاندماج في بنية الشخصية. حيث لا يكفي التحليل التعملي بمساعدة المسترشد على تحقيق تحسن ولكن يسعى لشفائه التام. وبصفة عامة مساعدة الفرد على اكتساب استقلالية في تسيير أموره، وهذه الاستقلالية تتميز بالوعي، أي الفهم الواقعي للعالم الذي يعيش فيه، والتلقائية أي القدرة على التعبير عن العواطف والمشاعر بشكل غير مكبوح، والألفة هي القدرة على مشاركة الحب والقرب. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٦٠).

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي بتحليل التعاملات

تشتمل العملية الإرشادية على جانبين أساسيين هما:

— إعادة بناء.

— إعادة تنظيم.

وتشتمل عملية إعادة البناء على تحديد وتوضيح حدود الأنا من خلال التقنية والتخلص من التشويش تشخيصياً. أما إعادة التنظيم فإنها تهتم بإعادة توزيع النشاط النفسي من خلال التنشيط المخطط والانتقائي لحالات معينة للأنا الراشدة من خلال الضبط الاجتماعي، وأقلمة حالة الأنا الطفلية واستبدال حالة الأنا الوالدية. وهناك عدة خطوات أو مراحل في الإرشاد النفسي. ويبدو أن هناك سلسلة متتابعة من الخطوات أو المراحل التي يمر بها الإرشاد والذي قد ينتهي بنجاح أي منها. ويطلق على العملية الكلية اصطلاح التحليل التحويلي (التبادلي) رغم أن هذا المسمى نفسه يطلق على مرحلة من مراحل هذه العملية وهذه الخطوات هي:

١- التحليل البنائي:

يقوم التحليل البنائي على الدراسة الوصفية لحالات الأنا، وكذلك تخلص الأنا الراشدة من التشويش وتعزيز الضبط التي تقوم به. والهدف من ذلك هو إعادة السيطرة للأنا الواقعية (الراشدة) وتحريرها من التشويش أو الاختلاط بالعناصر القديمة والغريبة للأنا الطفلية والأنا الوالدية. والنتيجة هي أن تكون حالة الأنا الراشدة هي المنفذة وحالات الأنا الوالدية والطفلية ممكنة الاستدعاء عندما يكون ذلك مطلوباً. وبالنسبة لبعض المسترشدين فإن هذه العملية تكون كافية لإتمام العلاج، ومع ذلك فإن معظم المسترشدين يحتاجون إلى مراحل أخرى في العلاج.

٢- تحليل التعاملات :

إن الهدف من هذه المرحلة هو الضبط الاجتماعي، أي ضبط الميل الخاص للفرد في التحكم بالآخرين بطريق تخريبية أو غير مثمرة، وضبط ميله إلى الاستجابة من غير استبصار أو اختياره للتحكم في الآخرين (باترسون،

١٩٩٠، ص ٢٩٩). وتعتبر الجماعات هي الوسط الأنسب للقيام بتحليل التعاملات، حيث تحلل التعاملات على أساس أنها تكميلية (مجاملة) أو متقاطعة (تصادمية)، وينظر على أثر ذلك في المشتركين في هذه الأدوار وقد يتوقف العلاج أو الإرشاد أيضاً عند هذه المرحلة.

٣- تحليل الألعاب والمسليات:

وتمثل المرحلة الأولى من الإرشاد الجماعي. كما يجري الحكم على الألعاب التي يقوم بها الشخص في صورة مكاسب أولية (خارجية وداخلية) ومكاسب ثانوية، ومكاسب اجتماعية ومكاسب بيولوجية. والهدف من تحليل الألعاب هو التحرر من مباريات العلاقات العاطفية أوليصبأكثر فاعلية في المجتمع. ويتم اختيار الفرد للألعاب التي يلعبها، ومن الذي يلعب معه، ومتى يتوقف عن اللعب. فالعلاج الجمعي بإسلوب التفاعل التبادلي يركز على تحليل الألعاب (المباريات).

٤- تحليل المخططات:

هدف تحليل المخطط هو إغلاق العرض ووضع عرض أفضل على الطريق، أو تحرير المريض من الاستعادة القهرية للمأساة الأصلية التي على أساسها كتب المخطط. وقد تكون المخططات غير واضحة فيما عدا في الجماعة المتقدمة أو خلال الأحلام. والمرضى الذين يأتون للعلاج النفسي تكون مخططات الحياة لديهم مأساوية أكثر منها بناءة (باترسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٩). وإن الفهم الكامل للوسائل والنتائج يجب أن يشتمل على تحليل المخططات. والهدف من تحليل المخطط هو إعطاء المسترشد الفرصة ليفهم وضع حياته ولتأخذ قرارات جديدة خاصة به تجعله يتحرك نحو الاستقلالية والتي تتميز بالوعي والتفاني والود.

ويتجلى الهدف النهائي لهذا التحليل هو تبين القرارات التي اتخذها الأفراد حول موقفهم في الحياة (المواقف الأربع) الذي اتخذوه في طفولتهم، وهذا الموقف والقرارات المتخذة يمكن الكشف عنها عن طريق تحليل الأحلام وتحليل القصص الخيالية المفضلة من الشخص.

٥- تحليل العلاقات:

نتناول هذه الخطوة العلاقات الوثيقة حيث يتم تحليل علاقات العميل بأقرانه وعلاقاته الزوجية، ويكون هذا بمثابة واجب منزلي يؤديه العميل ليتمكن من التمييز بوضوح بين حالات الأنا وتعاملاتها. ويجري هذا النوع من التحليل بحرص وحكمة، فقد ينظر المسترشد إليه على أنه تأثير في قراراته الخاصة.

ويمكن تلخيص العلاج التعملي ضمن النطاق الجماعي بأن يفهم الفرد كيفية النظر إلى عواطفه وسلوكه وأفكاره وذلك عن طريق فحصه لحالات الذات وفعلها ضمن الإطار الاجتماعي، وبهذا الأسلوب يتمكن الفرد من تقييم سلوكه بالنسبة للآخرين، كما أنه يصبح قادراً على التعرف على حالات الذات المماثلة في الآخرين. (الشناوي ، ١٩٩٢ ، ص ٣٦٣) (كمال ، ١٩٩٤ ، ص ٢٥٧). ومتى استطاع الفرد أن يميز حالات الذات في نفسه وفي الآخرين فإنه بعد ذلك ينظر إلى العلاقات الممكنة والقائمة بينها، وهذا يجعل الأسلوب التحليلي التعملي أسلوباً تعليمياً ذا أبعاد اجتماعية هامة.

ونرى هذه العلاقات في أدوار عدة من عمليات التحليل تسمى بالمستويات التحليلية وهذه المستويات هي:

- ١- التحليل التكويني وفيه تحلل حالات الذات.
- ٢- التحليل التعملي والذي يتوجه نحو تحليل تعاملات الفرد في حالات ذاته الثلاث مع غيره من الناس، ويشمل هذا المستوى من التحليل تحليل اللعب.

٣- يتجه المستوى الثالث من التحليل نحو التغيير الجذري للنفس وهو ما قد يصبح ضرورياً عندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى في إعطاء المريض الشعور بالتمتع بالصوت، وهو يشمل تحليل كل الوسائل والقرارات التي انطبعت في التكوين البنائي لحالات الذات في الطفولة. (الزعبى، ١٩٩٤، ص ١٥٠).

خامساً: النظرة للاضطراب النفسي

إن الاضطراب النفسي في هذه النظرية يرجع إلى:

— الاضطراب البنيوي. — الاضطراب الوظيفي.

١ — الاضطراب البنيوي:

ويشتمل على اختلال التركيب النفسي لحالات الأنا الثلاث الطفلية والراشدة والأبوية. وهناك نوعان شائعان من الاضطراب البنيوي:

أ — الاستبعاد (الحذف): حيث تستبعد إحدى حالات الأنا الحالتين الأخريين، وتسيطر على السلوك، " ففي حالة الفصام مثلاً نجد أن الحالة الوالدية هي المسيطرة على حساب حالة الأنا، وعند العلماء نجد أن الحالة المسيطرة هي حالة الأنا الراشدة، وفي حالات النرجسية والشخصيات المندفعة فإن حالة الأنا الطفلية تكون المسيطرة. " (الشناوي، ١٩٩٤، ٣٥٧)

ب — الاختلاط (الإفساد): وفيها تقتحم إحدى حالات الأنا حالة الأنا الراشدة، فإذا اختلطت حالة الأنا الراشدة بحالة الأب فهذا يقود الشخص إلى نوع من التحيز، وإذا اقتحمت حالة الأنا الطفلية حالة الأنا الراشدة فهذا يؤدي إلى الأوهام، وقد يكون الاختلاط مزدوجاً حيث تقتحم حالتا الأنا (الطفلية والأبوية) حالة الأنا الراشدة. وهذه الاختلاطات تؤدي إلى منع حالة الراشد من

القيام بمهامه عن طريق تشويه بياناته وبالتالي تشويه الحقائق بتأثير الأحكام المسبقة. أما عند وجود حالة الاختلاط فإن إحدى حالات الأنا تتداخل مع حالة الأنا الراشدة التي عندما تختلط بحالة الأنا الوالدية تؤدي إلى أنواع من التعصب أو التحيز. وإذا حدث تلوث لحالة الأنا الراشدة من جانب حالة الأنا الطفلية فإن النتيجة تكون هذات. ويؤدي الاختلاط أو الفساد المزدوج إلى تداخل كل من حالتَي الأنا الوالدية والطفلية مع حالة الأنا الراشدة.

٢ - الاضطراب الوظيفي:

يتعلق هذا بنفاذية حدود الأنا والتذبذب من حالة لأخرى من حالات الأنا. وهذه هي حالة التذبذب بين المرونة والجمود في حدود الأنا، والتي تؤدي إلى التقلب بين انتقالات متكررة وسريعة فيما بين حالات الأنا، أو الجمود وعدم حدوث الانتقال. (عبد الباقي، ٢٠٠١، ص ٥٥). وبكلام آخر: هذا النوع من الاضطراب الوظيفي تكون حدود الأنا فيه مائعة مما يؤدي إلى انسياب الطاقة النفسية من حالة من حالات الأنا إلى حالة أخرى، ويمكن أن يحدث هذا الانسياب دون وجود خلل في الحدود.

إن منشأ المرض النفسي يرجع إلى حدوث حالات صدمية للأنا في الطفولة، وكلما كانت الصدمة مبكرة كانت النتائج أكثر خطورة. ويقول بيرن: "إن الأعراض هي كل المظاهر التي تظهر عن حالة واحدة محددة من حالات الأنا سواء كانت حالة نشطة أو حالة محذوفة رغم أنها قد تحدث من الصراعات والتفاعلات والتداخلات بين حالات أنا مختلفة. وأول المهام المتصلة بالتعرف على الأعراض هي التحليل البنائي (تحليل البنية)، ومن ثم يمكن أن نقرر أي حالة من الحالات الثلاث للأنا يظهر منها العرض". (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٣٥٨)

وبالنظر لأن وظيفة كل حالة من حالات الذات الثلاثة تختلف عنها في حالة أخرى للذات أي الشخصية الواحدة فإن إمكانية التضارب بينها هي إمكانية متوافرة دائماً والواقع هو أن الشخصية الطبيعية لها أن تظهر شيئاً من التميز وذلك في اتجاه الاستبعاد ولو قليلاً عن التوازن الكامل بين حالات الذات الثلاثة، حتى التضارب بينها. أما إذا فشل في التوصل إلى حل هذا التضارب فقد يكون ذلك بداية لتكوين الاضطراب الوظيفي في كيان الشخصية، ويحدث ذلك عندما تمتلك كل حالة من حالات الذات طاقة متساوية في قوتها وتختلف مع غيرها من حالات الذات ولا يمكن التوفيق بينها، ومثل هذا الموقف له أن يؤدي إلى أن يتقلب الفرد مضطرباً بين حالة وأخرى من حالات الذات الثلاثة وبأن يحاول التخلص منها فيقع في الأخرى وهكذا دواليك.

فعلى سبيل المثال الهلاوس تشتق من الأنا الوالدية، بينما نجد أن الهذات تنتج من حالة الأنا الطفلية، وتنشأ من منطقة التداخل بين حالة الأنا الراشدة وحالة الأنا الطفلية. أما أعراض الحدود (Boundary) مثل: مشاعر البعد عن الواقع، والغربة، وفقدان الشخصية، فإنها تنشأ من ضعف الحد بين حالة الأنا الراشدة وحالة الأنا الطفلية، وكل هذه الأعراض ذات طبيعة فصامية.

وفي حالات الهوس الخفيف فإن استبعاد حالة الأنا الوالدية بوساطة حالة الأنا الطفلية بالتعاون مع حالة راشد مشوشة ينتج عنه حالة تقويم نفسية جديدة للأنا الراشدة، ورغم أنها تعاني من قصور فإنها تكون ذات تأثير كبير.

أما حالات الذهان الوظيفي فإنها تشتمل على كل الحالات التي تشخص عادة تحت مسميات مثل الهوس، الاكتئاب، الفصام. وهي تصنف من الناحية البيولوجية إلى نشطة وكامنة، والذهان النشط يوجد عندما يكون لحالة الأنا

الطفلية القوة التنفيذية كما يعيشها الفرد كذات حقيقية عندما تكون حالة الأنا الراشدة مغلوبة على أمرها.

وفي الحالات الأخرى مثل الاكتئاب البسيط والهوس الخفيف واضطرابات الخلق والبارانويا، فإن حالة الأنا الراشدة تكون مختلطة بوساطة حالة الأنا الطفلية وتتعاون معها ولكنها لا تكون مغلوبة. أما حالات الذهان الكامنة والتي تشمل على الذهان التعويضي والذهان المنتقل والذهان الخفيف والحالات قبل الذهانية أو الحالات الحدية فإن حالة الأنا الراشدة تكون هي المدير وتعاش كذات حقيقية رغم أنها قد تكون مشوشة أو مغلوبة بشكل مؤقت.

ويتألف التشخيص من تحديد حالة الأنا التي تنشأ عنها السلوك حيث تظهر حالات الأنا نفسها إكلينيكيًا في صورتين:

- إما أن تظهر بشكل مباشر كحالات للعقل تعايش كذات حقيقية.
- أو كإقحامات تكون غير ظاهرة أو لاشعورية في نشاط الذات الحقيقية الراهنة.

ويتطلب التشخيص ملاحظة حادة بالإضافة إلى حساسية حدسية للسلوك الإرادي وغير الإرادي والاجتماعي، وكذلك الإيحاءات والصور والكلمات التي يستخدمها الفرد كلها تشير إلى حالة الأنا العاملة.

إن كل حالات الأنا لها أربع خصائص:

- ١- قوة تنفيذية.
- ٢- الإمكانية أو القابلية للتكيف.
- ٣- المرونة البيولوجية.
- ٤- الذهنية (العقلية).

ويتطلب التشخيص الكامل أن تؤخذ هذه الخصائص الأربعة بعين الاعتبار وأن يتم الربط بينها، ويتم التشخيص السلوكي بناء على التصرفات والأصوات والكلام وغيرها من الخصائص وأن يدعم ذلك بالتشخيص الاجتماعي أو الإجرائي والذي يشتمل على السلوكيات المناسبة لحالة الأنا في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.

وتعتبر هذه النظرية أن التشخيص القائم على أساس التصنيف النمطي غير مناسب من الناحية العلاجية (التصنيف المعمول به في الطب النفسي) ذلك أن العلاج يقوم على أساس من التشخيص البنائي.(كمال، ١٩٩٤ ، ص ٢٥٨) (الزيود، ١٩٩٨، ص ٢٧٠) (الشناوي، ١٩٩٤ ، ص ٣٥٩).

سادساً: بعض التقنيات المستخدمة في النظرية

يبدأ الإرشاد باتفاق حيث يسأل المرشد المسترشد عن سبب مجيئه للإرشاد، وعندما يجيب بوضوح فإن المرشد يجد ما يمكن أن يقدمه للمسترشد. وقد تكون الأهداف الأولى التي يحددها المسترشد ويوافقه عليها المرشد هي التخلص من الأعراض. وكذلك ألا يلحق أي ضرر بالمسترشد ويجب أن يكون التدخل فقط عندما يكون ذلك ضرورياً بالقدر اللازم وأن يقدم أفضل إرشاد ممكن.

ويستخدم في الإرشاد حسب هذه النظرية مجموعة من التقنيات (الأساليب الفنية) نعرضها فيما يلي:

١ - التساؤل (الاستجواب أو الاستطاق): INTERROGATION

ويستخدم هذا الأسلوب لتوثيق بعض النقاط الإكلينيكية الهامة، وينبغي أن يستخدم عندما يكون المرشد واثقاً من أن حالة الأنا الراشدة لدى المسترشد

ستستجيب. ونادراً ما يستخدم هذا الأسلوب للحصول على معلومات أكثر مما هو مطلوب حالاً لأن ذلك قد يدفع بالمسترشد إلى أن يلعب لعبة التاريخ.

٢- التحديد (التعيين أو التفصيل والتدقيق): SPECIFICATION

يحاول التحديد أن يثبت أشياء محددة في عقل المريض عن طريق رجوع المرشد إلى ما قاله المريض أو إخباره به وهو يستخدم للمساعدة في منع المسترشد من إنكار أنه قال شيئاً ما أو قصده وكذلك كتجهيز للتفسير.

٣- المواجهة: CONFRONTATION

يحاول المرشد في المواجهة أن يستخدم المعلومات السابقة الإفصاح عنها للإشارة إلى عدم وجود الاتساق فيها وإذا عجب فإن المسترشد سوف يستجيب بنوع من الاستبصار ويستخدم عندما يقوم المسترشد بدور المتناهي أو عندما يكون غير قادر على التعرف على جوانب عدم الاتساق.

٤- التفسير (الشرح): EXPLANATION

يستخدم لتقوية حالة الأنا وتخليصها من التشويش ويجب أن تكون التفسيرات موجزة ودقيقة.

٥- التصوير (التوضيح): ILLUSTRATION

يكون في شكل حكاية قد تكون في أعقاب مواجهة مباشرة وناجحة بهدف تعزيز هذه المواجهة وتلطيف تأثيراتها غير المرغوب فيها. وقد يعقب التوضيح المواجهة في الحال، وقد يتأخر أو يؤجل (من عشر دقائق إلى عشرة أسابيع) لكي تعطى للمسترشد الفرصة ليهدأ ويكون من الممكن إعطاؤه دفعة إضافية، ويجب أن يكون التوضيح مشوقاً أو تسوده الدعابة والمرح.

٦- التأكيد (التثبيت): CONFIRMATION

يستخدم أسلوب التأكيد عندما تكون الأنا الراشدة لدى المسترشد قد تكونت بقوة كافية لمنع الأنا الوالدية من استخدامها ضد الأنا الطفلية أو منع الأنا الطفلية من استخدامها ضد المرشد (المعالج).

٧- التأويل: INTERPRETATION

ويتعامل التأويل مع الجوانب المرضية للأنا الطفلية حيث تعرض هذه الحالة الطفلية للأنا الخبرات الماضية في صورة رمزية أمام المرشد والذي يكون عليه أن يحل هذه الرموز وأن ينقيها من التشوشات، وأهم ما تسعى إليه في هذه الحالة هو الوصول إلى أنا راشدة غير مشوشة.

٨- البلورة: CRYSTALLIZATION

هي شرح موقف المريض من وجهة نظر الراشد صادرة من حالة الأنا الراشدة للمرشد إلى الحالة الراشدة للمسترشد، وعلى المرشد أن يتجنب الدخول في تصادمات في التعاملات، بمعنى أن تكون تعاملاته من النوع التكميلي الذي يمكنه من أن يقوم بذلك عندما يوجه إرشاده إلى حالة الأنا التي يتوقع أن يستجيب إليها المسترشد.

٩- تحليل النكوص: TRGRESSION ANALYSIS

يعبر بيرن عن ذلك بقوله " إن الموقف الأمثل لإعادة التوافق وإعادة اندماج الشخصية كلها يتطلب تقريراً انفعالياً من حالة الأنا الطفلية في وجود حالي الأنا الراشدة والوالدية " (Berne, 1961, 224) .
(يمكن التوسع في باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٠٣ - ٣٠٦).

سابعاً: تقويم النظرية

استفادت هذه النظرية من المفاهيم والأسس الواردة في اتجاهات الإرشاد النفسي لدى النظريات الأخرى مثل: التحليل النفسي، نظرية " روجرز " (الذات)، النظرية السلوكية (المثير والاستجابة والمعزز)، ونظرية " إيس " (الأفكار اللاعقلانية)، ونظرية "باندورا" و "مورينو" (التفاعل الاجتماعي)، ونظرية "جلاس" (العلاج الواقعي) وغيرها. ولكن يلاحظ في هذه النظرية بساطتها ومصطلحاتها المتخصصة، وإن هذه البساطة نفسها هي أكبر مشكلة تعيق نظرية تحليل التعاملات كطريقة علاجية وإرشادية لكي تكسب الاعتراف بها كطريقة متخصصة للإرشاد النفسي، ورغم ذلك فإن هذه البساطة قد أدت بها إلى اكتساب شعبية كبيرة.

وتتجلى إيجابيات النظرية بما يلي:

- إن استخدام مصطلحات- مفردات لغوية جديدة لمفاهيم قديمة له محاسنه، فكتابات "بيرن" أسهل في فهمها من كتابات فرويد وغيره من المحللين النفسيين، كما أنها أكثر إقناعاً، وأكبر دليل على ذلك تمتعها بالشعبية الكبيرة.
- إن استخدام بيرن للقصص والاستعارات والتشبيهات يمكن أن يسهم في توضيح أفكار النظرية.
- إن تحليل السلوك الاجتماعي في صورة طقوس اجتماعية (مجاملات) وألعاب ومسليات يساعد على فهم الكثير مما يجري في العلاقات الاجتماعية.
- إن المفهوم الذي قدمه بيرن عن مخطوطة الحياة أو خطة الحياة (Life Script) يتجاوز ما تناولته نظرية التحليل النفسي.

- إن مصطلح خطة الحياة يصور أهمية الوالدين في تكوين الطفل لمخطوطة الحياة.

- إن اهتمام بيرن بالعلاقات الشخصية وعدم اقتصره على العوامل النفسية الداخلية يعتبر إضافة لنظرية التحليل النفسي.

- قد تكون نظرية بيرن ذات فائدة لمن يعملون مع الجماعات ويركزون على ما يحدث من تفاعلات في هذه الجماعات وما يحدث في الحياة العامة من مجاملات وألعاب ومباريات.

أما سلبيات هذه النظرية فيمكن تلخيصها بما يلي:

- استخدمت هذه النظرية مفاهيم قديمة لنظريات مثل: التحليل النفسي، السلوكية، العلاج المتمركز حول العميل... وغيرها، وذلك في إطار مفردات لغوية جديدة.

- إن وصف هذه النظرية بالبساطة يفتح الطريق إلى الإساءة وسوء الاستغلال لهذه الطريقة.

- إن مصداقية النظرية ليست واضحة.

- إن السلوك الاجتماعي السوي أو غير السوي هو محصلة تعاملات وليس مجاملات أو تسليات.

- عدم تحديد بيرن لأساليب علاجية أو إرشادية محددة يستخدمها المرشد، كما في النظريات الأخرى: التحليل النفسي، السلوكية، المعرفية...

- تعتبر نظرية بيرن غير متكاملة من حيث الهدف والمنهج أو المبادئ العامة التي تعتمد عليها النظرية.

- استخدام النظرية لبعض الألفاظ الدارجة والاستعارات.

- لا يوجد في نظرية بيرن أدلة على أن تحليل التعاملات أكثر فاعلية أو أكثر كفاءة من أي علاج آخر.

- لا تساهم هذه النظرية كثيراً في التطبيق العملي لحالات الإرشاد النفسي.

- وبالرغم من أن بيرن كان معالِجاً ناجحاً، لكن ليس هناك ما يشير إلى أن نجاحه يرجع إلى النظرية نفسها، وإنما استفادته من نظريات العلاج الأخرى.

- وقد لوحظ أن الناس قد يستمتعون بنظرية تحليل التعاملات بدرجة كبيرة ولكن ليس من الواضح ما إذا كانوا يخرجون بنتيجة كبيرة.

وأخيراً يقول باترسون: " إن الناس يشعرون أنهم أفضل عندما يكون بمقدورهم أن يعقلوا أو يصوروا سلوكهم تبعاً لنظام أو نظرية بغض النظر عن مصداقية هذه النظرية أو عدم مصداقيتها، وفي هذا المقام فإن تحليل التعاملات يختلف ويتميز على معظم النظريات الأخرى في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من حيث أنه يعلم المرضى والمسترشدين المفاهيم والمسميات، وفي صورتها البسيطة، فإنها من المرجح أن تكون أوضح وربما أكثر فائدة على الأقل بالنسبة للنتائج المؤقتة". ويتابع باترسون القول: " لقد كان بيرن ذا عقل ثاقب، غزير الإنتاج، كما كان ملاحظاً حاداً للناس ولسلوكلهم، كما كان يتمتع بحدس إكلينيكي قوي، وهذه الملاحظات لا تشتمل عليها المصطلحات المستخدمة في النظرية وإنما في اللغة العادية، وسواء استخدم هذه المصطلحات أم لم يستخدمها فإن ما قاله يستحق أن يُقرأ " (باترسون، ١٩٩٠، ص ٣٣٨ - ٣٣٩).

واستناداً لما تقدم، يمكن الاستفادة من بعض الموضوعات العلمية الواردة في هذه النظرية، وخاصة ما أشار إليه بيرن فيما يتعلق بدور العلاقات الاجتماعية (التعاملات) في شخصية الإنسان إيجاباً أو سلباً. كما يمكن الاستفادة من هذه النظرية لدى بعض الحالات المرضية مثل حالات اضطرابات الطفولة،

أو الحالات المرضية الأخرى مثل: القلق، الوسواس، المخاوف، اضطراب السلوك... التي ترجع إلى ظروف الطفولة وأساليب التنشئة الوالدية والاجتماعية. وتبقى هذه النظرية في طور الدراسة والبحث والتجريب.

ثامناً: بعض التطبيقات

— المثال الأول: يبين كيفية تكوين البروتوكول (المسودة الأصلية للمخطط)

تركض بنت صغيرة في الشارع لملاقة أبيها حين عودته من عمله. يتكرر طقس اللقاء كل يوم: يرفعها عن الأرض ويقبلها ويناديها يا أميرتي الصغيرة. في أحد الأيام لا يعود، تشعر البنت الصغيرة بالخيبة، إلا أنها واثقة من أبيها، وفي اليوم التالي يتكرر طقس العودة ويستمر خلال بضعة أسابيع. وفي إحدى الأيام يعود الأب منزعاً من عمله ويمر كالإعصار بجانبها رافضاً حملها بين ذراعيه وترجع الحال إلى ما كانت عليه في الأيام التالية.

يصل الأب إلى البيت يتعبه السكر في إحدى الأمسيات. وعندما تركض ابنته نحوه يقول لها أن تتصرف وأن تدعه وشأنه. وفي مثل ذلك الوضع قد لا تتخذ البنت الصغيرة قراراً إلا أن ثقتها تضعف. ويتكرر عرض (السيناريو الكريه) في اليوم التالي وفي أيام أخرى أيضاً.

وفي ساعة كذا من يوم كذا من سنة كذا تقرر البنت الصغيرة حينئذ، وقد استغرقتها تعميم خيبات الأمل: "لن أثق قط ببابا والآباء جميعاً، وأيضاً لن أثق بالرجال أبداً" (هاريس، ١٩٩١، ص ٣٩).

المثال الثاني: مشكلة زواجية

كنت صبية في السادسة من عمري لم تفارقني آثار الطفولة بعد، فلم أكن أتردد في اللعب بالماء في حديقة منزلنا، أما دميتي فلم تزل رفيقتي حتى

اليوم منذ أن كان لي من العمر ست سنوات لا أهنأ بالنوم إلا بجانبها ويغمرنني الفرح حينما أبتكر لها تسريحة أو ألبسها ثوباً جديداً، وكنت وحيدة والدي فقد حظيت باهتمامهما الفائق ودلالتهما الزائد لا سيما ونحن أسرة ميسورة كان دلالهما يؤخر نضوجي ويؤجل انتهاء مرحلة طفولتي إلى حين، وهكذا مرت الأيام ملؤها الفرح والسرور حتى جاء اليوم الذي أخبرتني فيه أمي بالمفاجأة. لقد خطبك جارنا لابنه وهو كما تعلمين صاحب أكبر شركة سيارات، ستسافران إلى الخارج لقضاء شهر العسل وستستعدين بإذن الله في الغد للذهاب إلى السوق لنشتري ما تريدين، وبكل عطف وحنان قالت: وفقك الله يا بنتي!. ولم أكن في الحقيقة أعرف معنى للزواج سوى ما شرحته لي أمي: سفر ومغامرة وسعادة وخروج للسوق في كل يوم! رأيت أنه شيء لا بأس به. وما هي إلا أيام معدودة حتى أصبحت زوجة بعد احتفالات ومجوهرات ثمينة وفرقة غناء تناسب مقام أسرتي وأسرة زوجي.

ثم سافرت إلى أوروبا لشهر كامل ومرت الأيام سعيدة هنيئة حتى عدنا لأرض الوطن، وهنا بدأت الحقائق تتساقط على رأسي الواحدة تلو الأخرى، حيث اكتشفت أن زوجي لم يكمل تعليمه كما أخبرنا، وهو لا يعمل بل يعتمد في مصروفه على عطايا والده، ورحت في ربيع عمري أتعرض لنسمات حارقة من قسوة زوجي وفظاظته حتى ذهبت نضارتي ونحل جسمي وازددت بؤساً وتعاسة حين اكتشفت أنني حامل. لم يكن يهمني أن زوجي لم يكمل تعليمه أو أنه لا يعمل ولكن لم أعد أحتمل قسوته المفرطة وعدم تورعه عن ضربي وإهانتي لأتفه الأسباب! عدا عن سهره الدائم خارج المنزل وعدم إحساسي بالأمان إلى جانبه كما ينبغي لكل زوجة. فكرهت حياتي برمته ولم يعد أمامي سوى طلب الطلاق والدعاء بالمغفرة لوالدي الذي زوجني دون سؤال عن

أخلاق الزوج والاهتمام بماله وحسبه ونسبه فقط. وهكذا أدركت لماذا ينبغي على الناس أن يسألوا عن صلاح الزوج وليس عن منصبه وجاهه.

وها أنا اليوم أعيش بعد طلاقي منه بين جدران شهدت عهد طفولتي كما شهدت عهد شقائي وأحملهما يحرق فؤادي وتشقى به كل مطلقة. إنه الطلاق وأنا الطفلة البريئة المدللة غدوت اليوم مطلقة أرمق بعيون ملؤها الشك والريبة وأعاب بما ليس لي فيه ذنب هذا الوشم الذي وشمني به والداي عندما زوجاني وأنا لست أهلاً للزواج من رجل يحمل المال فقط مطلقة! كلمة ترميني في دهاليز الآلام والحزن. (بتصرف عن أبو أسعد، ٢٠٠٨، ص ٢٣٦ – ٢٣٧)



الفصل التاسع

أوجه الشبه والاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي

المحتوى

- ١- أوجه الشبه والاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي
- ٢- وحدة المبادئ العامة لنظريات الإرشاد النفسي
- ٣- بعض المقارنات بين نظريات الإرشاد النفسي



أولاً: أوجه الشبه والاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي

يعتبر الإرشاد النفسي والعلاج النفسي وجهان لعملة واحدة لوجود عناصر كثيرة مشتركة بينهما. إلا أن هناك حدوداً فاصلة بين المفهومين واختلافات ظاهرية ومصطنعة، حيث إنه من الصعب معرفة أين يبدأ هذا وأين ينتهي ذلك بشكل دقيق. ويرى الزعبي أن أفضل طريقة لفهم الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي اعتبارهما خطأ متصلاً من الشدة والعمق. حيث يتناول الإرشاد النفسي المشكلات الشعورية ذات الطبيعة المعرفية والمشوبة بقليل من الصبغة الانفعالية، وعندما تصبح المشكلات ذات طابع شخصي عميق فإنها تكون في مستوى اللاشعور، وعندها يندمج في نقطة ما الإرشاد مع العلاج النفسي (الزعبي، ٢٠٠٢، ص ٢٥). ويرى زهران: أن الفرق بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع، وفرق في العميل وليس في العملية، فالعملية واحدة، ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله في العلاج. (زهران، ١٩٩٧، ص ٢٧٠).

وزيادة في التوضيح وإثارة الحوار نتعرض لأوجه الشبه والاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي:

أ- أوجه الشبه بين الإرشاد والعلاج النفسي:

- كلاهما يتضمن إقامة علاقة بين شخص يطلب المساعدة وشخص مدرب يقدم هذه المساعدة.
- لا يختلفان في المضمون.
- يشتركان في الأهداف من حيث مساعدة المرشد للمسترشد على فهم ذاته وتحديد مشكلاته وحلها وتعديل سلوكه لتحقيق التوافق مع ذاته ومع الآخرين.
- إجراءات عملية الإرشاد والعلاج واحدة.

- لا يوجد تقنية محددة تميز الإرشاد من العلاج النفسي.
- صعوبة (بل استحالة) تحديد نظريات خاصة للإرشاد النفسي وأخرى للعلاج النفسي.

- إعداد المرشدين والمعالجين واحد.
- المعايير الأخلاقية للإرشاد والعلاج النفسي واحدة.

ب- أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي:

- يُستخدم الإرشاد النفسي مع الأسوياء الذين تعرضوا لضغوط نفسية قد تؤدي إلى ظهور المرض النفسي لديهم، في حين أن العلاج النفسي يهتم بالمرضى ذوي المشكلات الانفعالية الحادة أو العصاب أو الذهان.
- ترى "تيلر" أن هدف النشاط الذي يقوم به المعالج النفسي هو تغيير بنية النمو، وليس تحقيق النمو. وأن الإرشاد هو مساعدة الفرد على تحصيل إحساس واضح بحقيقة الشخصية وعلى تقبل ما فيه من قصور (باترسون، ١٩٩٢، ص ٨).
- يتعامل الإرشاد النفسي مع المشكلات العادية الواقعة في ساحة الشعور، أما العلاج النفسي فيتعامل مع المشكلات الأكثر عمقاً والتي تقع في ساحة اللاشعور.
- تقع المسؤولية في الإرشاد النفسي على عاتق المسترشد في حل مشكلاته، أما في العلاج النفسي فإن الدور الأكبر في حل المشكلات يقع على المعالج.
- إن التدريب على الإرشاد النفسي قد لا يؤهل المرشد النفسي القيام بالعلاج النفسي، بالرغم من تشابه الخلفية العلمية والاعداد المهني لكل منهما.
- لا يستغرق الإرشاد النفسي زمناً طويلاً كما في العلاج النفسي.

- يتم الإرشاد النفسي في المدارس ومراكز الإرشاد، أما العلاج النفسي فغالباً ما يكون في العيادات والمشافي.

ويرى باترسون: أنه لا توجد تفرقة حاسمة بين الإرشاد والعلاج النفسي لا في طبيعة العلاقة، ولا في العملية، ولا في الطرق أو الأساليب، ولا في الأهداف، ولا في النتائج العامة، ولا حتى في أنواع الحالات أو العملاء. ولكن من أجل السهولة أو لأسباب عملية فإن الإرشاد غالباً يشير إلى العمل مع الحالات الأقل اضطراباً، أو الحالات التي تواجه مشكلات خاصة مع أقل درجة ممكنة من اضطراب الشخصية. وتدور عملية الإرشاد غالباً في أماكن غير طبية. بينما يشير العلاج النفسي إلى العمل مع حالات أكثر اضطراباً، وفي مواقع طبية غالباً. (باترسون، ١٩٩٢، ص ١٠).

ثانياً: وحدة المبادئ العامة لنظريات الإرشاد النفسي

إن معنى الشخصية من أكثر معاني علم النفس تعقيداً وتركيباً لأنه يشمل مجموع الصفات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية في تفاعلها وتكاملها في فرد معين يعيش في بيئة اجتماعية معينة وصولاً إلى حالة التوازن الداخلي والخارجي الذي يأتي بفعل التفاعل مع البيئة المحيطة. فالشخصية كالتبيعة المحيطة بنا من هواء ومياه وجبال وسهول وأنهار وغابات وصحارى والتي تتميز بالتوازن والتكامل من جهة، ويطرأ عليها تغيرات مستمرة من جهة أخرى بسبب التأثيرات المتبادلة فيما بينها وتأثير ظروف خارجية يكون سلوك الانسان فيها سبباً ونتيجة.

إن السلوك الإنساني يبدو فردياً حيث إن سلوك كل فرد وأسلوبه في الحياة يختلف عن غيره، ولكل إنسان شخصيته المميزة وحاجاته وقدراته الخاصة التي

ينفرد فيها عن الآخرين. ولكن تأثير الجماعة واضح في تكوين شخصية الإنسان وسلوكه.

تتعلق نظريات الإرشاد النفسي بشكل عام من مجموعة من المبادئ العامة التي تتعلق بالسلوك الإنساني، وتستمد فلسفتها من طبيعة الإنسان وخصائص شخصيته التي تعكس تشابك العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية المؤثرة في تكوين الشخصية. وتشكل المبادئ العامة لهذه النظريات اللبنة الأساسية التي تستند إليها في تطبيقاتها العملية، وأهمها:

١ - تقديم المساعدة:

إن لدى كل فرد منا استعداد للتوجيه والإرشاد استناداً إلى وجود حاجة أساسية لدى الإنسان وهي حاجته للآخر لمواجهة المشكلات التي تعترضه والتعاون في حلها. وبالتالي إن تقديم الإرشاد للآخرين يكون برغبتهم وموافقتهم. لذلك على المرشد اكتشاف الحاجات الإرشادية عند الأفراد بشكل يمكنه من ترجمة هذه الحاجات إلى عمليات إرشادية يعمل على إشباعها وذلك إما لأن صاحبها لم يكتشفها في نفسه، وإما أنه اكتشفها ولم يستطع إشباعها بالاعتماد على نفسه.

يعتبر الإرشاد حق للمسترشد وواجب على المرشد النفسي، وهو حاجة نفسية هامة للفرد ومطلب أساسي للنمو المتكامل والمتوازن لشخصية الفرد. حيث يهدف الإرشاد النفسي إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته ليتمكن من التعرف على واقعه وتحديد مشكلاته واتخاذ القرار لحل هذه المشكلات بشكل موضوعي، وتحقيق التوافق النفسي والمهني والتربوي والاجتماعي.

٢ - تعديل السلوك:

إن محور الإرشاد النفسي تعديل السلوك، حيث يعرف السلوك الإنساني بأنه مجموع النشاط الجسمي والعقلي والاجتماعي الذي يصدر عن الفرد نتيجة العلاقة التفاعلية مع البيئة المحيطة. ويتميز السلوك الإنساني بصفتي الثبات النسبي والمرونة. فهناك ثبات يتعلق بسمات الشخصية ووحدها، وهناك ثبات يتعلق بطريقة التعامل مع الآخرين، وآخر له علاقة بالقدرة على التكيف في الظروف المختلفة. وهذا القدر المعقول من الثبات يمكننا من التنبؤ بسلوك الفرد مستقبلاً. حيث إن سلوك الإنسان في الحاضر يشبه إلى حد كبير سلوكه في الماضي، وبالتالي يمكن التنبؤ بما سيكون عليه السلوك مستقبلاً نتيجة ملاحظته في الماضي والحاضر إلى حد ما إذا تساوت الظروف والمتغيرات والعوامل الأخرى.

وبالرغم من هذا الثبات في السلوك الإنساني فإنه يتمتع بالمرونة التي تفسح المجال أمامه للتعديل والتطور والتقدم. وإن مرونة السلوك الإنساني مبدأ هام في نظريات الإرشاد النفسي، ولأسيما أن الإرشاد هو تعلم جديد، أو تربية جديدة تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته وتنمية قدراته وتحديد مشكلاته وحلها والعمل على التكيف مع البيئة المحيطة.

٣ - الإرشاد تعلم:

تعد عملية الإرشاد النفسي عملية تعلم يكتسب فيها الفرد اتجاهات وقيماً وعادات ومظاهر سلوكية جديدة، ويغير من وجهة نظره نحو ذاته والآخر، ويتعلم طرائق جديدة لمواجهة ما يعترضه من مشكلات. وتنتهي له الظروف

لرسم الخطط لتحقيق الأهداف، وتطبيق ما يتعلمه والاستفادة من ذلك في مواقف جديدة قد تواجهه.

٤ - الإرشاد في كل مراحل العمر:

يعتبر الإرشاد النفسي عملية مستمرة لا تتوقف عند مرحلة من مراحل العمر من الطفولة إلى المراهقة فالشباب والكهولة والشيخوخة. ولكل مرحلة خصائصها المميزة وبالتالي طرق الإرشاد والتقنيات الخاصة بها. وتوضح مطالب النمو المستويات الضرورية التي تحدد كل خطوات مراحل نمو الفرد وتبين مدى تحقيقه لذاته وإشباعه لحاجاته وفقاً لمستوى نموه وتطور خبراته التي تتناسب مع مراحل النمو المختلفة. وهذا يستدعي مراعاة كل نظرية إرشادية لمطالب النمو في كل مرحلة عمرية. حيث تبين مدى تحقيق الفرد لذاته وإشباعه لحاجاته وفقاً لمستوى نضجه وتطور خبراته التي تناسب مرحلة النمو التي يعيشها.

٥ - الاستناد إلى طبيعة الإنسان:

تُجمع نظريات الإرشاد النفسي على ضرورة فهم طبيعة الإنسان، ولكنها تختلف فيما بينها من حيث النظر إلى هذه الطبيعة الإنسانية، فنظرية التحليل النفسي عند فرويد مثلاً تعتبر الإنسان كائن عدواني يميل إلى التدمير والشر. في حين أن النظرية السلوكية تعتبر أن الفرد يولد وعقله صفحة بيضاء، ومن خلال عملية التعلم يكتسب الفرد السلوك السوي وغير السوي. أما نظرية العلاج المتمركز على الفرد (روجرز) فتتطرق إلى الإنسان على أنه خير بطبيعته، ولكن الظروف والضغوط تفسده وتجعل سلوكه مضطرباً.

٦- وظيفية النظرية:

ليست وظيفة نظرية الإرشاد مقتصرة على التنبؤ بحقائق أو علاقات جديدة، ولكنها ينبغي أن تقوم بعملية تنظيم وتكامل بين المعارف القائمة في إطار مكتمل المعاني... فالافتراضات والتعميمات التي تشتمل عليها النظرية لم تأت من فراغ، ولكنها نمت أو تطورت على أساس من الملاحظة والتجربة، وهذا يعني أن المعارف والحقائق القائمة تعتبر أساساً للتعميمات والافتراضات الخاصة بالنظرية. فعملية بناء النظرية واختبارها وتعديلها وإعادة بنائها وتكرار اختبارها تعتبر عملية مستمرة. (باترسون، ١٩٩٢، ص ١٠). وتكاد معظم نظريات الإرشاد النفسي تشتمل على مجموعة من التعاريف والمفاهيم المنطقية والمصطلحات والفرضيات، ويمكن توظيف تقنياتها في عملية الإرشاد النفسي.

٧- الاهتمام بالاضطراب النفسي:

يأتي بعض الناس إلى مراكز الإرشاد النفسي وهم يشعرون بسوء تكيف مع أنفسهم ومع محيطهم، ولا يعانون من أمراض نفسية، فمثل هؤلاء يصنفون بأنهم يعانون من اضطرابات في الشخصية. حيث تكون ملامح شخصيتهم غير متكيفة. والشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة. ويطلق الاضطراب النفسي للشخصية على أسلوب وسلوك شخص يكون مصدراً للمعاناة له أو للمجتمع ويصاحب هذا عدم قدرة هذا الشخص على التكيف مع الآخرين، مع خلل في الأدوار الاجتماعية والوظيفية. وتهتم نظريات الإرشاد النفسي كلها بمعالجة الاضطراب النفسي للشخصية.

٨- تحقيق الصحة النفسية للشخصية:

تعتبر شخصية الإنسان وحدة متكاملة يؤثر كل جانب منها بالجانب الآخر ويتداخل معه ليشكل وحدة متكاملة. وإن أي اضطراب في جانب من جوانب الشخصية يؤثر بالجوانب الأخرى ويتأثر بها. ذلك أن تكوين الشخصية المتوازنة والمتكاملة غاية الصحة النفسية لتأخذ هذه الشخصية دورها في المجتمع وتعمل على تطويره من خلال إيجاد التوازن بين حاجات الشخصية من جهة ومطالب المجتمع من جهة أخرى. وتبرز أهمية عملية الإرشاد النفسي لتحقيق الصحة النفسية للشخصية من خلال مساعدة هذه الشخصية على تحقيق بعض السلوكات السوية أهمها:

- الإيجابية: تجاه المواقف الحياتية لاتخاذ مواقف متوازنة نحو الحياة، بحيث لا تقف الشخصية عاجزة أمام الصعوبات التي تقف في طريق تحقيق أهدافها.
- التفكير بطموح والعمل بواقعية: من خلال تحديد أهداف طموحة تتناسب مع قدرات الفرد وامكانياته وظروف البيئة.
- التفاؤل: دون مغالاة أو إفراط.
- ضبط النفس: من خلال التحكم بالرغبات في المواقف التي تثير الانفعال وتؤدي إلى التهور.
- الرضا عن الذات والعمل والشعور بالسعادة.
- تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس واتخاذ القرار.
- احترام الآخر.

ثالثاً: بعض المقارنات بين نظريات الإرشاد النفسي

يبدو من استعراض نظريات الإرشاد النفسي أنها مختلفة بعضها عن بعض من حيث الفلسفات والمفاهيم الأساسية والأهداف والطرائق، ولكن المتعمق فيها يلاحظ استفادة كل نظرية من سابقتها وصياغة مصطلحات جديدة لمفاهيم قديمة واعتماد تقنيات فريدة، ولهذا نجد اتفاقاً في جوانب متعددة حتى ولو اختلفت طرق التعبير عنها. ويرى باترسون أنه كلما تعمق الفرد في دراسة مجموعة من النظريات والأساليب الإرشادية أو العلاجية، شعر أنه في غابة، فالاختلافات وعدم التناسب والتناقضات تبدو على كل المستويات من الفلسفة إلى التكنيكات والمفاهيم المتعلقة بطبيعة الإنسان وبالاضطرابات الانفعالية أو السلوك المرضي متغايرة بدرجة ملحوظة، فمن تصور للفرد محدد سلفاً بالبيئة، إلى تصور أنه قادر على الاختيار الحر. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٣٢).

تتفق نظريات الإرشاد النفسي في نقاط كثيرة وتختلف فيما بينها فيما يخص منشأ الاضطرابات النفسية وطرق العلاج، كالتحليل النفسي الذي يركز على الجانب الانفعالي وخبرات الطفولة والاتجاه الإنساني الذي يركز تحقيق الذات وقبول الذات غير المشروط بالرغم من الصعوبات التي تعترض الفرد، والاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي والاتجاه المعرفي والمعرفي السلوكي الذين يتفقون على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط باضطراب المحتوى المعرفي لدى الفرد من (أفكار، تخیلات، تفسيرات، معاني) انطلاقاً من أفكار الفرد وتوقعاته وإدراكاته السلبية والخاطئة تعد هي المسؤولة عن الانفعالات غير الملائمة، وربما ذلك راجع إلى اختلاف الأصول التي استند إليها الباحثون. ورغم اختلاف الأصول التفسيرية في النظرة إلى الاضطراب النفسي، إلا أن جميعها تؤكد على أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة من (أفكار وأراء)

وبين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالصحة النفسية تتحقق بقدر دقة وصحة أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين، فعندما تكون أفكار الفرد دقيقة وصحيحة تكون الصحة النفسية، وعندما تكون غير دقيقة يكون المرض النفسي.

- وتتجلى أوجه الشبه العامة بين نظريات الإرشاد النفسي في أهم ما يلي:
- تكاد تجمع نظريات الإرشاد النفسي على أن هناك مناهج ثلاثة لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي: المنهج الإنمائي والوقائي والعلاجي.
 - توافق كل النظريات على أن الكائنات الإنسانية قادرة على التغير أو متغيرة بالفعل. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٥٣).
 - تنطوي كل أشكال النظريات على رغبة المسترشد للحصول على المساعدة والدعم النفسي من المرشد وذلك للتخلص من الاضطراب الذي يعاني منه.
 - أن كل النظريات تسعى نحو شيء واحد وهو تحقيق الذات.
 - هناك اتفاق على أن بعض أنواع السلوك غير مرغوب فيه، أو غير ملائم أو مؤلم أو يؤدي إلى عدم الرضى أو إلى عدم السعادة. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٥٤).
 - تسعى كل نظرية إلى معرفة مسار الاضطراب الذي سلكه منذ بداية ظهوره حتى لحظة وصول المسترشد إلى المركز للعلاج. وبالرغم من اختلاف النظريات المتعددة في عملية سير الاضطراب إلا أنها تتفق على وجوب معرفة الاضطراب وتشكله وبداية ظهوره.
 - أن الماضي يؤثر في الحاضر ويشير إلى المستقبل.
 - تسعى كل النظريات إلى إيجاد موقف الثقة والتقبل بين المسترشد والمرشد.

- تستخدم كل نظرية أساليب مشتركة لتشخيص حالة المسترشد مثل الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة والاختبارات...

- أهمية التعلم في تغيير السلوك وتحقيق التوافق النفسي.

- تتجه نظريات الإرشاد نحو إحداث تغيير لدى المسترشد في العادات أو السلوك أو الأفكار أو الخبرات.

- تهدف جميع النظريات إلى تخفيف التوتر والقلق لدى المسترشد.

- يتوقع أتباع كل نظرية بأن مرضاهم سيتحسنون نتيجة العلاج بالتكنيكات الخاصة بنظريةهم.

- يعتقد أتباع كل نظرية بأن المتعالج يجب أن يكون نشطاً وفعالاً في العلاج.

- التأكيد على أهمية العلاقة الإرشادية بين المسترشد والمرشد في نظريات الإرشاد جميعها.

ويرى زهران أن أهم أوجه الاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي تكمن في:

- أن بعض النظريات نما في حجرات المعالجين وبعضها خرج من معامل علم النفس وبعضها نتج عن الدراسات الاحصائية.

- أنه يوجد اختلاف حول الأهمية النسبية للمحددات الشعورية واللاشعورية للسلوك.

- تختلف النظريات حول أهمية الدور الذي يقوم به التعزيز.

- تتفاوت النظرة إلى أهمية الخبرات الخاصة والذاتية.

- بعض النظريات تحترم الاختبارات النفسية وبعضها لا يهتم، بل يؤكد على ذات الفرد. (زهران، ١٩٨٢، ١١٩).

ونحاول فيما يلي إجراء مقارنات لبيان أوجه الشبه والاختلاف بين بعض نظريات الإرشاد النفسي:

- تركز نظرية التحليل النفسي على دور العوامل البيولوجية والوراثية في حياة الإنسان وبخاصة الجنس، وأهملت الجوانب الاجتماعية. كما تنطلق من أن كثيراً من اضطرابات الفرد ومشكلاته ناجمة عن الغرائز. والغريزة هي قوة داخلية بيولوجية في الفرد هدفها التصدي لعوامل التوتر الناتج عن الحاجات البيولوجية، ويرى فرويد أن هناك غريزتين أساسيتين عند الإنسان هما: غريزة الحياة ويقابلها الجنس الذي يعمل على حفظ الذات والحياة. وغريزة الموت ويقابلها العدوان، وهي تسعى إلى التدمير والتخريب. ويوجد صراع بين الغريزتين ينتج عنه إما سلوك متوافق أو سلوك متعارض يؤدي إلى اضطراب في شخصية الفرد.

ويرى فرويد أن الشخصية تتألف من ثلاثة أنظمة رئيسة أطلق عليها مسميات: الهو، والأنا، والأنا الأعلى، وهذه الأنظمة على الرغم من استقلاليتها إلا أنها يتفاعل بعضها مع بعض تفاعلاً وثيقاً يصعب معه أحياناً فهم تأثير كل منها. ويتكون الهو من كل ما هو وراثي أو خلقي ويشمل ذلك الغرائز التي تقدم الطاقة التي تعمل بها الأنظمة الأخرى، وهو يجاهد من أجل إشباع الحاجات الغريزية على أساس مبدأ اللذة. وإن الأنا هي الأداة التي تتولى تهذيب تلك الحاجات والرغبات الفطرية حتى تتمكن من تحقيقها في الإطار الاجتماعي. وتعتبر الأنا المدير التنفيذي للشخصية. أما الأنا الأعلى فهي الدرع الأخلاقي للشخصية، حيث تعتبر مستودع المثاليات والأخلاق والقيم.

- لقد أخذ بيرن رائد نظرية الإرشاد بتحليل التعاملات من مسميات فرويد: الهو والأنا (الذات) والأنا الأعلى، الذات فقط، ولم ينظر إليه كمجرد دور يقوم

به الفرد، وإنما وجود حقيقي يمكن ملاحظته. ولقد طور بيرن مفهوم الذات وقسمه إلى ثلاثة أجزاء (حالات) نفسية، وهي: حالة الوالد الذي يمثل الجانب الأخلاقي، وحالة الراشد الذي يمثل الواقع، وحالة الطفل الذي يمثل الهوائية في الشخصية، حيث ينتقل الإنسان طوال حياته من الواحدة للأخرى.

- ترى السلوكية، خلافاً لرأي التحليل النفسي (فرويد)، بأن الفرد يولد صفحة بيضاء ومن خلال التربية يتعلم السلوك سواء كان السلوك سوياً أم مرضياً. وبالتالي فهي تنظر إلى الإنسان نظرة ميكانيكية آلية وتتكون شخصيته وأفكاره عن طريق عمليات التعلم " مثير - استجابة". ويهدف الإرشاد إلى إحداث تغيير في بناء السلوك الظاهري كما أنه لا يهتم بالبحث في الماضي، ولكنه يهتم بصفة أكبر بما يحدث الآن، فهو يهتم بالواقع الحالي للمسترشد وهذا لا يمنع من التطرق للماضي ولكن دون تركيز شديد عليه. وترى النظرية السلوكية أن كل تصرفات الإنسان السوية منها والشاذة هي سلوكات متعلمة، أي أن سلوك الإنسان خاضع لظروف البيئة. وبالتالي فالشخصية من وجهة نظر هذه النظرية هي الأنماط المتسقة من السلوك، أي أننا إذا أردنا أن نحدد شخصية فرد ما، فإن علينا أن نحدد ما يفعله وما يقوم به من تصرفات. وتتفق مع وجهة النظر هذه نظرية الإرشاد بالواقع (جلاسر) التي تركز على السلوك، حيث أن بوسع الإنسان ضبط سلوكه وتصرفاته بسهولة أكثر من ضبط تفكيره ومشاعره. كما تركز على الحاضر باعتبار أن الماضي قد تم تثبيته ولا يمكن تغييره، أما الذي يمكن تغييره فهو الحاضر.

- وتخالف نظرية السمات والعوامل (وليامسون) وجهة نظر التحليل النفسي (فرويد) معتبرة أن الإنسان يُولد ولديه الطاقة للخير والشر، يلبي حاجاته

وينمي امكانياته ويوجه سلوكه من خلال التفاعل مع الآخرين. وأن معنى الحياة هو البحث عن الخير ورفض الشر.

- تعتبر نظرية التحليل النفسي أن الإنسان مخلوق يتحكم فيه الماضي وهو حصيلة هذا الماضي. في حين تعتبر النظرية السلوكية أن الإنسان آلة نستطيع التحكم في إدارتها بمهارة متزايدة. أما الإنسان حسب نظرية الإرشاد بالمعنى (فرانكل) ليست له صفات الآلة، وهو ليس بكائن في قبضة الماضي، وإنما فرد يخلق معنى الحياة بحرية. ويخالف فرانكل وجهة نظر فرويد التي تعتبر الغريزة الجنسية هي المحرك الأساسي لسلوك الإنسان. حيث يذهب الإرشاد بالمعنى إلى اعتبار إرادة المعنى المحرك الذي يفسر كفاح الإنسان في الحياة. وتعتبر نظرية الإرشاد متعدد الوسائل (لازاروس) أن للوراثة والتكوين البيولوجي دوراً مهماً في تكوين الشخصية، كما يظهر الدور المهم للتعلم واضحاً في ذلك. كما أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل داخلية وخارجية (البيئة).

- ومن خلال البحث عن العلاقة بين نظرية التحليل النفسي ونظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي (إليس) نجد أن فرويد وإليس يتفقان في تأكيدهما على مبدأ اللذة والغرضية في الدافعية وعلى الضبط العقلاني للانفعالات. لكن يختلف إليس عن فرويد في تركيزه على المدخل المعرفي في الشخصية، في حين أن فلسفة التحليل النفسي تركز على المدخل الانفعالي، فإن السلوكيين وإليس لا يهتمون بالتداعي الحر، وتحليل الأحلام، ولا بالأصول الجنسية للاضطراب.

- كانت أفكار هورني (من أتباع الفرويدية الحديثة) مصدراً خصباً للنظريات المعرفية بصفة عامة ونظرية إليس ومكينبوم خاصة، من حيث التأكيد على دور الأحاديث الذاتية وما يردده الفرد لنفسه من كلمات مثل: (ينبغي أن، يتحتم، يجب، لابد)، وما للأحاديث الذاتية من دور في نشأة واستمرار الاضطراب

الانفعالي، وإذا كان تأكيد إليس على أن العصاب ينشأ نتيجة للتفكير اللاعقلاني والتوقعات اللامعقولة التي يتبناها الفرد لنفسه ويقيم أداءه وفقاً لها، فهذا ما تؤكد أيضاً نظرية هورني، حيث تؤكد أن العصاب ينشأ من التعارض بين إمكانيات الفرد وما يريد الفرد تحقيقه. ويتفق إليس مع هورني في تأكيدهما على نشأة الاضطرابات النفسية من اعتقادات الفرد غير الواقعية ومطالبه اللامعقولة، ودور الأحاديث الذاتية التي يرددها الفرد بينه وبين نفسه (يتحتم عليّ - لابد أن - ينبغي عليّ) (عبدالله، ٢٠٠٨، ص ٩٧).

- يتفق "سوليفان" (من أتباع الفرويدية الحديثة) مع "إليس" في تأكيديه على العلاقة الوثيقة بين المعرفة من أفكار وأراء، وبين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالصحة النفسية تتحقق بقدر دقة وصحة أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين، فعندما تكون أفكار الفرد دقيقة وصحيحة تكون الصحة النفسية، وعندما تكون غير دقيقة يكون المرض النفسي.

- لقد ذهب "إليس" إلى أن الناس يضطربون لأنهم يقبلون أفكار غير عقلانية أو قضايا غير منطقية. وأورد مجموعة من الأفكار غير المعقولة وغير المنطقية مثل: إنه من الضروري والملح للإنسان أن ينال بالفعل استحسان كل شخص هام في البيئة، وأن يكون كفيلاً وفعالاً ومنجزاً بصورة تامة، وأن هناك حلاً واحداً صحيحاً لكل مشكلة وغيرها من الأفكار الخاطئة التي وإن كانت شائعة بين الناس فإنها تقف وراء سلوكهم الخاطئ وتزيد من تعاستهم (بلان، ٢٠٠٧، ص ٢٠٩). ويركز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على البناء المعرفي والجانب الانفعالي والسلوكي لدى الفرد وتفاعلاته، فهو نموذج متعدد الأبعاد وانتقائي في مفهومه وتركيبه، ويقترب هنا من النظرية الانتقائية في الإرشاد النفسي.

وكما أن الفرد يمكن أن يتبنى هذه الأفكار غير العقلانية فإن الأسرة يمكن أن تتبنى هذه الأفكار أيضاً، بحيث تحكم علاقاتها مع الأسر الأخرى فضلاً عن علاقة أفرادها بعضهم مع بعض. وأن الأسرة عندما تتعرض لأزمة أو لمشكلة فإن واحداً أو أكثر من الأفكار غير العقلانية قد يكون جزءاً من طريقة تفكيرها مما يعقد المشكلة، فإذا ظن أفراد الأسرة أنه لا يوجد إلا حل واحد كامل ودقيق لكل مشكلة، فإن هذا الاعتقاد سوف يصرفهم عن التفكير في مواجهة المشكلة، إذا ما كان الحل الذي يتصورونه فوق قدرتهم، وهو نمط من التفكير الذي لا يسمح بالاستفادة من الإمكانيات المتاحة بالفعل عند أفراد الأسرة لمواجهة مشكلتهم.

- يعتبر إليس أن أدلر (تحليل نفسي) هو المروج الرئيسي للعلاج العقلاني-الانفعالي، حيث أدرك أهمية المعرفة والتفكير في سلوك الأفراد حيث قال أن "سلوك الشخص ينبع من أفكاره" و" يحدد اتجاه الشخص نحو الحياة وعلاقته بالعالم الخارجي". وقد عبر أدلر عن نظرية ABC بقوله أن: " الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نجعل منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محدودون ذاتياً بواسطة المعاني التي نضيفها على خبراتنا" (مليكه، ١٩٩٤، ص ١٩٠-١٩١). إلا أن إليس يختلف عن أدلر في تأكيد الثاني على أهمية ذكريات الطفولة الأولى المبكرة والعلاقة بين المرشد والمسترشد وتحليل الأحلام.

- يؤكد الاتجاه الإنساني على أن تكيف الفرد يتأثر بدرجة كبيرة بقدرته على إشباع دوافعه المختلفة حيث رأى روجرز أن لدى الفرد نزعة فطرية، هي نزعة تحقيق الذات، أما ماسلو فقد أكد على أن تكيف الفرد يتوقف على إشباع حاجاته المختلفة لكن حسب أولويات إشباعها، أما الاتجاه العقلاني فيرى أن

تكيف الفرد يخضع لنظام المعتقدات والأفكار التي يتبناه الفرد. ويفترض كل من إليس وماسلو وروجرز على أن البشر يمتلكون قدرات كبيرة ومميزة على التغيير وتحقيق ذواتهم، ولكن يمكنهم القيام بذلك فقط عن طريق التمسك بوجوديتهم وبتعليمهم كيفية النظر إلى تصرفاتهم وأفكارهم اللاعقلانية والعمل جاهداً على نقد هذه الأفكار والمبادئ.

- أما نظرية الإرشاد بالمعنى فهي تؤكد على إنسانية الإنسان وطبيعته الخيرة وقدرته على التحكم بمصيره - بخلاف التحليل النفسي - حيث تصر على كرامة الفرد وقيمه في سعيه للنمو وأن لديه القدرة على توجيه وتنظيم وضبط ذاته إذا توفرت الظروف المعقولة التي تساعد على تحقيق النمو. وإن التوازن أو تخفيف التوتر أو مبدأ اللذة عند التحليليين لا يكفي برأي الوجودية لتعليل السلوك الإنساني، ولكن الدافع الأساسي للسلوك هو تحقيق معنى، كما أن العصاب برأي الوجوديين ليس نتيجة للصراع الذي يحدث بين الدوافع والغرائز، ولكن نتيجة للصراع بين القيم المختلفة، أو بعبارة أخرى نتيجة للصراعات الأخلاقية أو المشكلات الروحية وهذا يسمى العصاب الروحي.

- يتفق جلاسر (العلاج بالواقع) مع السلوكيين وإليس فيما يتعلق بالتأكيد على السلوك الراهن بدلاً من الحوادث الماضية، وأن يوجه المرشد الفرد ليتمكن من معرفة ذاته ومواجهة الحقيقة. ويؤمن جلاسر بأنه مهما كانت ظروف الفرد التي قادته لأن يسلك بطريقة معينة، قاسية أو غير عادية، فإنه يجب أن يوضح له أن أحداث الماضي لا تبرر له أن يسلك بطريقة غير مسؤولة، وأنه مهما حدث في الماضي فإن عليه أن يتحمل مسؤولية ما يفعله في الحاضر (الريحاني، ١٩٨٧، ص ٨١). وهذا يختلف مع نظرية التحليل النفسي التي تركز تركيزاً كبيراً على ماضي "خبرات" اللاشعور من أحداث وذكريات مؤلمة

فضلاً عن الصراعات والدوافع (ذات الطابع الجنسي من وجهة نظر فرويد) والانفعالات الشديدة التي تؤدي في النهاية إلى الاضطراب النفسي، وأن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى فتح مناطق اللاشعور لتصبح موضع تفحص الشعور ويركز فرويد على أثر الغرائز في السلوك الإنساني وبخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الإنسان، وأنها المحرك والموجه لتطور حياته المستقبلية.

- كما يختلف إليس عن جلاسر، حيث ركز جلاسر على السلوك أكثر من التركيز على المشاعر والانفعالات، إذ يقوم العلاج بالواقع على فكرة مؤداها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم، وأن بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بسهولة عن أن يضبطوا تفكيرهم وشعورهم. (الشناوي، ١٩٩٤، ص ٢٣٤). وكذلك يرى جلاسر أن كل الناس لديهم عدة حاجات أساسية أو ضرورية وبخاصة إلى التأييد والنجاح، وأنه إذا أعيد إشباع هذه الحاجات فإن الفرد لا يمكن أن يتقبل ذاته أو أن يكون سعيداً، بينما إليس يفكر في إطار رغبات أو نزعات إنسانية تصبح حاجات فقط إذا عرفها الناس كذلك خطأً. (عبد الله، ٢٠٠٨، ص ٩٩).

- وإذا ناقشنا نشأة الاضطراب النفسي نجد أن نظرية التحليل النفسي ترى أن التكوين البيولوجي والوراثي والنفسي للطفل يمثل العوامل التي تسهم في نشأة الاضطراب النفسي، ويأتي الإنسان إلى الدنيا كطفل لديه جوانب عجز كثيرة، وهذا العجز يولد الموقف الأول للخطر، ومن ثم القلق والخوف من فقدان حاجات متعددة ومنها المحبة. وتعود أسباب الاضطرابات النفسية إلى أهم ما يلي:

١- إحياء الرغبات الجنسية عن طريق الأنا الذي مازال ضعيفا في مقابل الرغبات الجنسية، وينشأ الإحياء كرد فعل للقلق، حيث يتوقع الأنا أن إشباع الرغبة الجنسية سيؤدي إلى الخطر فيكبت هذه الرغبة الخطيرة في الطفولة، وعن طريق الكبت فإن الأنا يستعيد جانبا من تنظيمه وتبقى الرغبة المكبوتة غير متاحة.

٢- التحويل الممكن للرغبات الجنسية المحيطة إلى أعراض عصابية، والتي تعتبر إشباعا بديلا للرغبات الجنسية المحبطة، ولا ينتج دائما عن الكبت تكوين أعراض، ففي حالات الحل الناجح للعقدة الأوديبية قد يجري تدمير الرغبات المكبوتة وتحول طاقاتها إلى استخدامات أخرى.

٣- عدم ملائمة الكبت مع استيقاظ وشدة الجنسية عند البلوغ بعد أن كان فعالا خلال الطفولة وفي أثناء فترة الكمون وبذلك يعيش الفرد صراعا عصابيا مركزا.

٤- الطريقة غير المرضية التي ينظم بها المجتمع الأمور الجنسية ومن شأن الأخلاق أو الأنا الأعلى أن يطلب التضحية بالرغبات الجنسية لصالح المجتمع.

٥- الصراع بين الأنا والأنا الأعلى والهو. وتقع مسؤولية القيادة على الأنا التي تحاول حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى وإقامة التوازن بينهما.

٦- أساليب التعلم الخاطئة في مرحلة الطفولة (السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل).

حيث ينشأ العصاب في الطفولة، إلا أن أعراضه قد لا تظهر إلا في وقت متأخر عند التعرض لضغط أو أزمة جنسية، تشابه ذلك الاضطراب المكبوت أو الأثر المترتب عليه. أي أن العصاب يستمر لأن عملية الكبت لا شعورية، وبالتالي لا قدرة للأنا على الوصول إلى المواد المكبوتة في اللاشعور حتى تحل الصراع، أي أن تكوين الأعراض العصابية بسبب الظروف المتوافرة لها

توجد عن طريق إعادة جدولة الرغبات الجنسية المحبطة. وتستمر الأعصاب بناء على الطريقة غير المشبعة أو غير المرضية التي تنظم بها الجماعة الأمور الجنسية، إذ إن على الأنا والأنا الأعلى التضحية بالرغبات الجنسية بشكل أكبر مما هو ضروري أو مرغوب فيه. (باترسون، ١٩٨٩)، (الشناوي، ١٩٩٤).

- أما بيك (Beck) أبرز رواد الإرشاد المعرفي فأشار إلى أن الاضطراب الانفعالي لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره بل وتخليه، إذ إن لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهته الأحداث والوقائع التي يتعرض لها، وغالباً تكون مرتبطة بتوقعات، نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وهذه التوقعات قد تكون ايجابية، ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية، وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد. (حسين، ٢٠٠٨، ص ١٢٩). ويرى بيك أن الناس يستجيبون للأحداث انطلاقاً من المعاني التي يضيفونها وينسبونها للأحداث والوقائع، وتلك المعاني تحدد رؤيته لذاته ولعالمه ول مستقبله. (يوسف، ٢٠٠١، ص ١٠٢). فالاستجابات الانفعالية التي يخبرها الفرد سواء كانت ايجابية أو سلبية يكمن وراءها أبنية معرفية (معاني - قواعد - توقعات - أفكار - تخيلات) وتسمى بالأفكار التلقائية السلبية تسبق ظهورها، فإذا كانت هذه الأفكار والمعاني سلبية كانت سبباً في حدوث الاضطرابات الانفعالية، إذ ينفعل الناس للأحداث تبعاً للمعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث. فهذه المعاني تؤلف ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد (حسين، ٢٠٠٨، ص ١٢٩). وبذلك يتفق بيك مع إليس بدور الأبنية المعرفية في الاضطراب الانفعالي، وأن مشاكل الفرد مستمدة من تحريفات معينة للواقع مبنية على مقدمات منطقية ومفاهيم عقلية غير صحيحة.

- وهكذا نجد أنه على الرغم من اتفاق رواد التوجه المعرفي على أهمية المعارف ودورها في نشأة الاضطرابات الانفعالية، إلا أن المصطلحات المعرفية التي استخدمت لديهم في تفسير الاضطرابات الانفعالية جاءت متباينة تبعاً لاختلاف توجهاتهم في العلاج، فإذا كان إليس في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ركز على الأفكار اللاعقلانية ودورها في نشأة الاضطرابات الانفعالية وتكوينها لدى الفرد، نجد أن بيك أكد في نظرية العلاج المعرفي على أن الأفكار التلقائية السلبية والتشويه المعرفي والمخططات المعرفية تعد هي المسؤولة عن ظهور الاضطرابات النفسية. ورغم هذا كله فإنهم يتفقون جميعاً على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط باضطراب المحتوى المعرفي لدى الفرد من (أفكار، تخيلات، تفسيرات، معاني) انطلاقاً من أن أفكار الفرد وتوقعاته وإدراكاته السلبية والخاطئة تعد هي المسؤولة عن الانفعالات غير الملائمة (حسين، ٢٠٠٧، ص ٨٤).

- وترى نظرية الإرشاد متعدد الوسائل أن السلوك غير المتكيف (الاضطراب النفسي) يرجع إلى ظروف التعلم الذي يحدث في أثناء تعرض الفرد للمؤثرات الخاصة بهذه الظروف والترابطات الشرطية والتقليد. في حين ترى نظرية تحليل التعاملات أن اختلال التوازن بين الحالات الثلاث في الشخصية: الوالد والراشد والطفل يُولد المرض النفسي.

- لقد تبين من خلال عرضنا للنظريات وجود بعض التشابه بين الإرشاد السلوكي والإرشاد المعرفي في الأسس والمبادئ العامة. ولكن يرفض أصحاب نظرية المثير والاستجابة دور المتغيرات المعرفية، حيث يرى سكنر أن المتغيرات المعرفية ليس لها دور يذكر في الإشرط الإجرائي، وتفسير السلوك يكون فقط بالرجوع إلى العلاقة بين المثير والاستجابة. إلا أن إليس يختلف مع

السلوكية الكلاسيكية "سكنر" في إهماله للجوانب المعرفية، وتركيزه على الأعراض الظاهرة فقط. يرى ولبى أن سلوك الفرد تحكمه عوامل عقلية ومعرفية، إلا أنه يرى أن تعديل السلوك سوف يؤدي أولاً إلى تعديل الظواهر الفكرية كالاستبصار، والاتجاهات والمعتقدات، وستتغير معه أساليب التفكير" (ابراهيم، ١٩٩٤، ص ٢٧٥).

- تختلف النظرية المعرفية عن السلوكية بأن المعرفية تعتقد أن العمليات المعرفية تتدخل في التفاعلات التوافقية للفرد مع البيئة وليس الأمر فقط مجرد اشتراط سلوكي / مثير - استجابة/. كما أن ردود الأفعال الانفعالية لها دور كبير وأن العمليات المعرفية تدخل ضمن عمليات التعزيز، فالأشخاص يدركون التعزيز بطرق مختلفة ويفسرونه أيضاً.

- أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا، دولارد وميللر) فيولون أهمية خاصة للعمليات المعرفية في دراسة الشخصية، حيث يؤكد رواد هذه النظرية على دور العمليات الداخلية الوسيطة (كالتفكير، التمثيل العقلي، الانتباه الانتقائي) التي تتوسط بين المثيرات والاستجابات. حيث يؤكد باندورا على أهمية التفاعل المتواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية (أفكار، معتقدات، قيم، صور عقلية) والسلوك، وهو ما أطلق عليه اسم الحتمية التبادلية Reciprocal Determinism ، بمعنى أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والسلوك والبيئة، فتغيير الأفكار ينتج عنه تغيير في السلوك، وفي الوقت نفسه فإن تغيير السلوك ينتج عنه تغيير في الأفكار، ولهذا فالاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تصدر عن الفرد تجاه الأحداث والوقائع هي نتيجة

طريقة إدراكه وأفكاره وتفسيراته التي يعطيها الفرد لهذه الأحداث.(حسين، ٢٠٠٨، ص ٩٢-٩٣).

- تختلف النظرية السلوكية عن نظرية التعلم الاجتماعي بأن نظرية التعلم الاجتماعي تعتبر بأن السلوك يتأثر بنتائجه، ولكنها ليس المؤثر الوحيد، وهي لا تعمل بطريقة آلية، بل أن العوامل الاجتماعية أيضاً تؤثر في فعالية السلوك ونتائجه، فالسلوك يمكن أن يتأثر بنتائج الملاحظة كما يتأثر بالخبرة المباشرة. أي أن السلوك يتأثر بعوامل شخصية كما يتأثر بعوامل اجتماعية.

- ويرى دولارد وميللر أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له (ابراهيم، ١٩٩٤، ص ٢٨٦). ولهذا فهما يريان أن الاستجابة الانفعالية للفرد تنتج من الطريقة التي يقيم ويعنون بها المثيرات وليس بالضرورة من الخصائص الموضوعية للموقف ذاته.(حسين، ٢٠٠٧، ص ٩١). ويتفق هنا إليس مع دولارد وميللر في تأكيدهما على أهمية عملية الإدراك في نشأة الاضطرابات النفسية، كذلك مع باندورا وولبي.

- يرى ميكنبوم (سلوكي معرفي) أن معظم إن لم تكن جميع الاضطرابات العاطفية هي نتيجة للأساليب اللاعقلانية التي يدرك فيها الناس العالم المحيط بهم وما يلحق بهم من افتراضات لاعقلانية نحو هذا العالم. وفي نفس الوقت فإن هذه الافتراضات تقود الفرد إلى مناقشات ذاتية وعبارات لفظية ذاتية ذات آثار سلبية على السلوك.(الريحاني، ١٩٨٧، ص ٧٤). ويرى ميكنبوم أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (وهو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق

(الشناوي، ١٩٩٤، ص ١٢٧)، فما يقوله الناس لأنفسهم يحدد الأفعال التي يقومون بها، ويفسر ميكنبوم السلوك غير الطبيعي عن طريق ما يملكه الفرد من أفكار، والأفكار عنده هي عبارة عن تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية، وإذا تعلم الفرد تعليمات خاطئة فإنها ستؤدي به حتماً إلى سلوك غير طبيعي.

- وترى النظرية العقلانية الانفعالية في الشخصية أن الكائن الإنساني لديه استعداد فطري لاكتساب الأفكار اللاعقلانية أو اكتساب الأفكار العقلانية. وأنه عن طريق الظروف الاجتماعية والحديث الخاص للذات (الحوار الداخلي) يعمل على زيادة الأفكار غير المنطقية وتطويرها، ومن ثم حدوث الاضطراب النفسي. ولكن لدى الإنسان قدرة فائقة على التفكير بشكل عقلائي وتفاذي حدوث الاضطرابات النفسية. وفي ضوء ذلك يعرض إليس في نظريته ما يسمى ABC في تحليل الاضطراب. ويرى إليس أنه على الرغم من أن (A) هو الحادث الذي يقع قبل ظهور الاضطراب الانفعالي، إلا أنه ليس هو السبب الرئيس المباشر للنتيجة التي نشاهدها في (C)، وإنما ينتج هذا الاضطراب عن نسق التفكير الموجود لدى الفرد والذي يُرمز له بالحرف (B) سواء كان هذا النسق منطقياً أو غير منطقي. وهذا يعني أن لدى الشخص إمكانية اختيار معتقدات عقلانية أو غير عقلانية، وذلك عندما توجد عوائق أمام تحقيقه لأهدافه. وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات والتفسيرات غير العقلانية للحدث المؤثر، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية سلبية وغير مناسبة، وإلى حدوث الاضطراب النفسي لدى الفرد. وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات العقلانية غير المطلقة، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية مناسبة، وإلى عدم حدوث اضطراب نفسي لدى الفرد.

(Ellis, 1985, 12- 13, Ellis, 1994, 61- 80).

وهكذا وفقاً لهذه النظرية، فالإرشاد الفعال يتعامل أساساً مع الأفكار (B) أكثر من التعامل مع الحدث المؤثر (A) أو الناتج (C). ويهدف في النهاية إلى فهم الأفكار غير المنطقية لدى المسترشد ومحاولة أن نجعل المسترشد يغير أو يوقف مثل هذه الأفكار اللاعقلانية.

- وتركز نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد (روجرز) على أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط للأهمية تقف حائلاً بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الإيجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفاً للاضطراب النفسي أو العصاب. وبما أن أهم عامل في الشخصية من وجهة نظر روجرز هو مفهوم الذات، لذلك فإن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ينتج عنه تقويم سيئ للذات ونقص احترام الذات. فالاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة، ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذواتنا، ويحدث التهديد تبعاً لادراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها نظام القيم الذي يحمله الفرد والذي يوجه عملية الانتقاءات للخبرات فإذا كان نظام القيم لدينا مأخوذاً عن الآخرين وليس نابعاً عن الأصالة فإننا نستمر في الضياع أو الشعور بعدم التفرد أي أننا لا نكون أصحاب ذواتنا. (الزيود، ١٩٩٨، ١٨٧).

ويعرف روجرز التهديد بأنه تلك الحالة التي يدرك فيها الفرد شعوراً أولاً شعورياً تناقضاً أو عدم تجانس بين الخبرة ومفهومه عن ذاته، وهذا يعتبر تهديداً لأن شخصية الفرد لم تعد ثابتة ومنسقة بشكل كامل، كما أن هناك عدم

تنظيم بدرجة معينة قد تحدث حينها (إنه يمثل درجة من التفكك). (عبد الله، ٢٠٠٠، ٣٤٩).

إن التناقض وعدم التجانس بين الخبرة والذات عند الفرد قد يتم خفضها وإنقاصها عن طريق عملية إعادة التكامل في الشخصية، إن إعادة التكامل ترجع وتجدد التجانس بين الخبرة والذات من خلال الاحتفاظ بعملية الدفاع (عبد الله، ٢٠٠٠، ٣٥٤). ولكي يحدث التطابق أو يزداد حدوثه ينبغي أن يحدث نقص في شروط الأهمية وزيادة في الاعتبار غير المشروط للذات. كما ينشأ في نظرية روجرز سوء التوافق والسلوك اللاسوي عن طريق النقد والعقاب الناتجين عن النظرة الموجبة المشروطة التي يلقاها الفرد في المجتمع، فنحن عندما نجوع فإن المثيرات التي نعرف أنها تشبع فينا الجوع هي التي يتوجه إليها إدراكنا دون سائر المؤثرات التي نتجاهلها، والإدراك انتقائي، وهو ينتقي من نظرة موجبة مشروطة، الصور الرمزية، ومن الخبرات ما يتفق مع مفهوم الفرد عن نفسه. وقد "اعتقد روجرز أن سبب العديد من المشاكل النفسية يمكن أن يعود إلى توقعات الناس عن أنفسهم كما هم حقيقة (الذات الحقيقية) والتي تختلف عن توقعات ماذا يجب أن يكون الناس (الذات المثالية). ودعا روجرز هذا الفرق بين التوقعات الحقيقية والتوقعات المثالية ب (عدم الانسجام أو عدم التوافق)، وهدف الإرشاد المتمركز حول المسترشد هو التقليل من عدم الانسجام النفسي بالتجارب الجبرية التي ستجعل تحصيل الذات المثالية محتملة" (Rearlson, 2000, 601).

- يرى (لازاروس) واضع نظرية العلاج المتعدد الوسائل أن اضطرابات الشخصية تعود إلى ظروف التعلم، من حيث وجود تعلم غير مناسب أو غير كاف. فالمشكلات لا تنشأ عن الصراعات أو الصدمات أو نقص المعلومات أو

الأفكار الخاطئة، وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكره الشخص والتي لم تُزود بالمعلومات الضرورية والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية.

- وبمقارنة أسلوب إليس بأسلوب ميكينبوم نجد أن الأول يؤكد على محتويات الأفكار اللاعقلانية التي يحملها الفرد وضرورة هدمها واستبدالها بأفكار عقلانية جديدة، بينما يؤكد ميكينبوم على الأحاديث الذاتية السلبية ودورها في تكوين الاضطرابات النفسية، وعلى ضرورة استبدال التعليمات التي تم تعلمها في الماضي، والتي أدت إلى السلوك المضطرب بتعليمات جديدة تؤدي إلى اكتساب مهارات جديدة. (كمال، ١٩٩٤، ص ٢٩٤-٢٩٥)

- إن كلاً من العلاجين: السلوكي والمعرفي يضع المعالج في دور الخبير، إنه يقوم مشكلة المريض في صور من القصور المعرفي أو التفكير المضطرب، ثم يشرع في تقويم تفكير المريض من خلال تعليم مباشر أو غير مباشر، أو من خلال التدريب على مهارات اجتماعية أو شخصية - كما في نظرية ميكينبوم- (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٤٠-٥٤١). أما العلاج بالمعنى فإنه يسلك طريقاً آخر، فلا يوجد فيها تشخيص أو تقويم، وللمعالج الحرية في استخدام أية طريقة يعتقد أنها ملائمة في أثناء العلاج.

وهكذا نلاحظ أن معظم نظريات الإرشاد النفسي تعطي أهمية كبيرة لفهم الشخصية من حيث معرفة العلاقة بين التفكير والانفعال، وبين المعرفة والانفعال والسلوك ودور الأحاديث الذاتية في انفعال الفرد وسلوكه وتأثير الأفكار والمعتقدات على الحالة المزاجية، ودور التصور والتخيل كوسيط معرفي يؤثر في انفعال الفرد وسلوكه، وتأثير الاضطراب الانفعالي في الحالة الفيزيولوجية وتأثير الميول الفطرية وتوقع الفرد ومركز التحكم وخصائص

الفرد من دافعية وغرضيه وسببية على الانفعال والسلوك. كما أنها تبين الظروف والعمليات التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي والسلوكي، من دور التفكير اللاعقلاني وتأثير سوء تقدير الذات وأيضاً إخفاق أساليب الدفاع اللاشعورية وانخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط وتوقع الفرد للتهديد وغيرها. وهذا يساعد في فهم الشخصية ومعرفة تأثير كل من المعرفة والانفعال والسلوك وكيفية توظيف ذلك في عملية العلاج أو الإرشاد، ومن ثم فهم كيفية الإصابة بالاضطراب الانفعالي ومن ثم مساعدة الفرد على فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته وسلوكاته على نحو يحقق له قدراً ملائماً من الصحة النفسية.

إن الموقف الحالي للإرشاد النفسي - كما عند باترسون - يشبه موقف الرجل الذي جهز فرسه وانطلق به في كل الاتجاهات، فالتوجه التنظيري للمعالجين مبني على فروض ونظريات وايدولوجيات متعددة ومتشعبة، فالأفراد الممارسون في أي فن يتوقع منهم أن يكونوا متغايرين، ولكن بعض المدارس العلاجية المنظمة تنظيماً جيداً يبدو أنها تتقاسم أو تتقاطع في الأغراض أو الغايات مع مدارس أخرى منظمة بالدرجة نفسها، وعلى أية حال فإن كل المدارس إذا توفرت لها الظروف المواتية فإنها تحقق نتائج طيبة، فالمريض أو المسترشد يحصل على الراحة، وغالباً ما يحقق الشفاء مما يعانيه من صعوبات. (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٣١).

وفي نهاية فصل أوجه التشابه والاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي نعرض تطبيقاً لحالة إرشاد أسري وأخرى عرضاً مختصراً لبرنامج إرشادي زواجي يستخدم مجموعة من التقنيات من نظريات إرشادية متعددة.

أ- حالة إرشاد أسري:

عائلة مكونة من خمسة أشخاص، ويدعى الأب (دان)، أما الأم فاسمها (ماري)، والبنات الكبرى هي (آن) وعمرها ١٨ سنة، والبنات الوسطى هي (جولي) وعمرها ١٦ سنة، أما الابن الأصغر فهو (بيتر) وعمره ٩ سنوات. الأم مدمنة كحول، تشرب الكحول لتخفف الشعور بالنقص وعدم الكفاءة لديها في الأسرة التي يسيطر عليها الأب (دان) والبنات الكبرى (آن). أما البنات الوسطى (جولي) لديها أيضاً شعور بالنقص، لكنها تحاول أن تواسي أمها، وأن تكون مسؤولة بشكل كاف عن أخيها الأصغر (بيتر) كأم بديلة.

قصدت العائلة العلاج بعد أن بدأت ماري العلاج لإدمانها على الكحول. البنات الكبرى (آن) تركت المنزل غاضبة من أمها لأجل ما سببته من مشاكل. البنات الوسطى (جولي) تشعر بالضيق لأن أمها تلقى العناية من أناس آخرين، ودور جولي هو كمرشد أساسي أجبر على ذلك.

التشخيص:

- من ناحية التماسك فإن أفراد هذه الأسرة واقعون في شباك، فهم يبرهنون على ارتباط عاطفي عال، بالإضافة إلى اعتمادية متبادلة عالية.
- الأم والبنات بحالة تنافس شديدة للحصول على الاستحسان من بعضهم البعض ومن الأب، والحدود الخارجية للأسرة مغلقة، حيث لا يشعر أحد من أفراد الأسرة بالحرية للتفاعل مع الناس خارج الأسرة، لأنهم كانوا خائفين من

أن الأم (ماري) ستشرب وتخرج أي أحد منهم، حيث إن الأصدقاء والمقربين ابتعدوا قليلاً.

- إن الوقت الوحيد الذي كان يتواصل فيه الوالدان هو عندما كان أحد الأبناء يسيء التصرف، حيث كانا يتحدان كوالدين ويدعمان بعضهما بعضاً، وإلا فهما لم يكونا يتواصلان كثيراً.

- لقد كان التآلف بين الأب والبنت الكبرى تآلفاً شديداً وخاصة أنه كان لديهما نفوذ في الأسرة وذلك في نواح عدة، وكانا يقومان بدور الوالدين في الأسرة في ظل غياب ممارسة الأم لدورها الوالدي لأنها كانت مدمنة على الكحول.

- النشاطات الفردية في الأسرة كان مسموحاً بها لكن ضمن التوجيهات الإرشادية الموافق عليها من الأسرة، حيث إن الوالد والبنت الكبرى كانا يقضيان وقتاً طويلاً يلعبان التنس، وكان لدى جولي (البنت الوسطى) رغبة في أن تقضي المقدار نفسه من الوقت بعيداً عن الأسرة مستمتعة مع الأصدقاء، لكن لم يكن مسموحاً لها ذلك، وبشكل خاص التعامل مع الأصدقاء المقربين من الذكور.

- لقد حاولت الأسرة كثيراً قضاء وقت ممتع في الكوخ في عطل نهاية الأسبوع، حيث طُلب إلى كل فرد في الأسرة أن يذهب وكانت الرسالة الضمنية "ستستمتع"، لكن كانت النتيجة أن لا أحد استمتع.

- إن الانصراف لحاجات الأخ الأصغر جعل جولي (الأخت الوسطى) تتصل بالعائلة بعد أن أصبحت عائمة على غير هدى، عندما دخلت أمها البرنامج العلاجي للكحول.

- الكثير من النزاع أيضاً ظهر في الأسرة بسبب تصلب مواقف أفرادها، كما أن أفراد النظام الأسري نادراً ما فكروا بطرق جديدة لحل مشاكلهم، وكذلك لم يكن أحد في الأسرة حازماً مع الأمور بشكل ملائم، بالتوجه إلى تحقيق

أهدافهم بشكل ثابت، ومن دون حقد وأصوات عالية، اتجهوا إلى السلوكيات العدوانية: الصراخ، رمي الأشياء، وضرب بعضهم بعضاً في بعض الأحيان.

- إن الأدوار في الأسرة كانت متصلبة وجامدة، ورأت الأم (ماري) نفسها كمتهمة في البيت، ورأت (آن) الأب كرئيس للأولاد، ودورها دور المنفذ فقط. إن ماري شكلت تهديدات عديدة لكن نادراً ما حملتها للخارج.

- وعندما كانت الأشياء تخرج عن السيطرة كان الأب يوجه العقاب بطريقة قاسية، إن الأم جعلت الحياة صعبة لكل فرد في الأسرة بالإصرار على أن يكون كل واحد ملزماً بالتدبير المنزلي كما كانت هي.

- إن القيادة والتحكم والسيطرة في الأسرة كانت متصلبة جداً، وهذه حالة جديدة تطورت في الأسرة.

- كما أن الأختين الكبرى والوسطى لم تستطعا النقاش حول التغيرات الممكنة في النمط العقلاني لوالديهما. وإن أفراد هذه العائلة وجدوا أنفسهم مقيدين في نظام أسري عاطل وغير فعال، ومندمج بشكل متصلب.

العلاج:

- في ظل تباعد التماسك، كان هدف المعالج الأسري هو زيادة مستوى الحكم الذاتي الفردي في الأسرة لإعطاء كل فرد خصوصية أكبر. والهدف المتصل بالهدف الأول كان تقوية العلاقة الزوجية.

- ومن ناحية الكفاءة، فإن المعالج الأسري علم أفراد الأسرة كيف يتفاوضون ويتفاهمون بعضهم مع بعض، بدلاً من الاختيار بين الاستسلام التام والنزاع.

- وكذلك علم المعالج الأسري أفراد الأسرة أن يروا قوانين الأسرة كموجهات عامة، لتكون قابلة للنقاش، وتُفسر كحالات جديدة تظهر في الحياة اليومية، إنها تعطي الفرصة للأطفال ليتناقشوا في غاياتهم، وحتى ليغيروا آراء والديهم.

- إن الأسرة تحسنت ككل على هذه الأبعاد، وتابع الوالدان في العلاج الزوجي كزوجين، حيث ركز المعالج على الطرق التي تعلم الزوجين كيف يستمتعان في مؤسستهما الزوجية.

- وكنتيجة نهائية للعلاج الأسري الذي ترافق مع علاج زوجي وعلاج للإدمان على الكحول عند الأم، فإن الخلافات بين الأطفال تلاشت، وقوي الاندماج الأسري، وعادت ماري(الأم) إلى ممارسة دورها المعتاد في الأسرة، وأصبح من غير الضروري للأختين (آن وجولي) النضال من أجل المركز في الاندماج مع الأب، وجولي(الأخت الوسطى) لم تعد مضطرة لتحاول وتسقط كضحية.

- وعندما أصبحت ماري(الأم) أكثر أمناً في زوجها أصبحت قادرة لأن تكون أكثر دعماً لجولي في نموها. كما أن أفراد الأسرة أصبحوا أكثر قدرة على الانفصال بعضهم عن بعض مع الحفاظ على التواصل.

- إن ما حدث قد يبدو سهلاً، لكن في الحقيقة إن العملية صعبة وطويلة، وتتطلب الصبر والتواصل والضبط الذاتي. (Olson @ Defrain,1994,) (93-95)

ب- برنامج إرشادي تدريبي (مختصر) للإرشاد الزوجي:

- هدف البرنامج: مساعدة الزوجين على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقتهم وتفاعلاتهم والعمل على تقوية القيم الايجابية لديهم ومساعدتهم على تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار لهم.

- مكان المعالجة والشروط المحيطة به: جرت العادة أن يتم العلاج في مكان معترف به من قبل الجهات الرسمية كالمشافي النفسية والعقلية والعيادات الخاصة أو في مراكز الإرشاد النفسي أو في المنزل. ولذلك يجب أن تتوفر في

مكان المعالجة مجموعة من الشروط مثل أن يكون مكان الجلوس مريحاً وتتوافر في الغرفة الإرشادية الشروط الصحية مثل: الإضاءة الكافية والتهوية الجيدة، مع توفر كراسي مريحة وطاولة. وأن تكون ألوانها مريحة للنفس، ويوجد فيها بعض اللوحات الطبيعية.

- مدة البرنامج وطول الفترة الفاصلة بين كل جلسة وأخرى:

تستغرق عملية تطبيق هذا البرنامج أربعة أسابيع مبدئياً، يتم خلالها تنفيذ (٨) جلسات إرشادية بمعدل جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة الواحدة حوالي ٤٥ دقيقة، تخصص الجلسة الأولى للتعارف، والجلسة الأخيرة لتقويم البرنامج.

- الخطوات التنفيذية للبرنامج:

(١) - جلسة تمهيدية أولية: يتم التعرف على المتعالج في هذه الجلسة وتقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره وأهدافه والأساليب المستخدمة فيه مع كتابة العقد الإرشادي.

(٢) - جلسة قياس (قبلي): إن هدف هذه الجلسة قياس شدة المشكلة التي يعاني منها كلا الزوجين وذلك من خلال استخدام مقياس تقدير الذات ومقياس التنشئة الاجتماعية، ويتم الاعتماد أيضاً على الوسائل التالية:

- الملاحظة.

- المقابلة.

- التقارير اللفظية التي أدلى بها كل من الزوجين.

وهذه الجلسة هي النقطة التي ننطلق منها لتحديد أثر التغيير الذي سوف يحدثه البرنامج في تخفيف حدة مشكلة الهجران بين الزوجين التي

عمرها أربعة أشهر تقريباً والتي تهتئ للطلاق. ولديهما طفل واحد فقط عمره خمسة أشهر، وكانت المشكلة نتيجة سوء فهم كل من الزوجين للآخر وعدم تقبل تصرفاته، وكان عمر الزوجة عند الزواج ١٩ سنة وعمر الزوج ٣٥ سنة، وقد مضى على زواجهما سنتين تقريباً.

٣) - الجلسات الإرشادية للبرنامج:

- الجلسة الأولى: وهدفها إظهار الاهتمام بالمتعالجين وتفهمها، ومساعدتهما على فهم ذاتهما وملاحظتهما. واستخدام فنية مراقبة وملاحظة الذات.

ويتم الحديث مع المتعالج في غرفة يسودها الأمن والراحة بعد الترحيب به، وأن الانفعالات التي يعيشها مثل القلق والخوف إنما هي نشأت نتيجة لخبرات سابقة مر بها مع بعض الناس أو بعض المواقف، وهذه الاستجابات الانفعالية قد تؤدي بك في أغلب الأحيان إلى مشاعر القلق والتوتر وهي مشاعر غير ملائمة. وأن لديه مجموعة من العادات السيئة فيما يتعلق بالعلاقات الزوجية. وهي عادات تتعلق بالتفكير والتصرف، وهي غير سارة على الإطلاق، ومضيفة للوقت والجهد. ومن الصعب التخلص منها بمفرده. هذه العادة تتضمن عادة أفكاراً وخيالات تتبادر إلى تفكيره، مع أنه لا يرغب فيها بالإضافة إلى هذه الأفكار لديه مشاعر غير مرغوب فيها كالقلق والضغط الشديد.

والإرشاد الذي سوف نبدأه يسمى بملاحظة الذات ومراقبتها وتوجيهها ومنع الاستجابة غير الملائمة وهو مصمم لكسر نوعين من الارتباطات: الأول هو بين مشاعر القلق والأشياء والمواقف والأفكار التي تسبب له هذا الضغط، والارتباط الثاني هو بين ممارسة السلوك الطقوسي والشعور بانخفاض القلق أو

الشعور بالضغط. ولذلك فالأسلوب الذي سوف نتبعه لتخفيف ذلك يمر بمراحل منها:

- جمع المعلومات عن الأسباب والمواقف التي تثير الاستجابات غير الملائمة.

- منع الاستجابة لهذه المواقف والبحث عن حلول بديلة.

- المتابعة المنزلية في ملاحظة الذات ومراقبتها.

وفي نهاية هذه الجلسة يتم الطلب من المتعالج أن يحدد عدد المرات التي ينغمس فيها بممارسة الأساليب غير الملائمة والاستجابات غير السوية فيما يتعلق بالمعاملة مع الزوج الآخر، في اليوم وفي الأسبوع، والأفكار التي يفكر فيها قبل الدخول بذلك الفعل. وعليه أن يسجل هذه البيانات في استمارة خاصة.

- الجلسة الثانية: وهدفها استخدام فنية تدريب الزوجين على التواصل الجيد، وهي من فنيات المدرسة المعرفية السلوكية. من حيث تدريب الزوجين على مهارتي التعبير والاستماع، وإعطاء تعليمات للزوجين تخص عدم انتقاد الواحد منهما للآخر.

بعد تحديد عدد المرات التي يمارس فيها كلا الزوجين الأساليب غير الملائمة فيما يتعلق بالمعاملة بينهما والتي تم تسجيلها في الأسبوع الماضي في كراستهما والنتيجة عن المراقبة الذاتية لتصرفاتهم وأفكارهم التي تثير لديهم عدم الارتياح وتحثهم على ممارسة هذه الأساليب، يتم اللقاء أيضا في هذه الجلسة مع كل زوج على حدة، ويتم تطبيق فنية أخرى وهي فنية (تدريب الزوجين على التواصل الجيد)، وهي من فنيات المدرسة المعرفية السلوكية

المناسبة لمشكلات التواصل الزوجي، والغاية منها تدريب الزوجين على مهارتي التعبير والاستماع من خلال زيادة مهارتهما في التعبير عن الأفكار والمشاعر بوضوح والاستماع بفاعلية إلى الزوج الآخر. وكما يتم تعليمها في هذه الجلسة طرقاً أكثر فاعلية للتعبير عن الصراع والخلاف الدائر بينهما، حيث يتم تنمية مهارات التواصل والتحاور لديهما بصراحة وانسجام أكبر. ويتم العمل على تحقيق التقارب في أفكارهما ومشاعرهما لأن ذلك يساعد على حل كثير من المشكلات الزوجية .

ويتم الإسهام في هذه الجلسة ليس فقط في تقليل احتمال انفجار الأمور وتعمدها. بل العمل على زيادة مستوى الألفة والمودة في العلاقة الزوجية. حيث يدور النقاش حول العواقب المدمرة للوم والانتقاد. ويتم تدريب الزوجين على التركيز واستبدال محتوى الرسائل التي يرسلونها بحيث تصبح خالية من اللوم أو الانتقاد وغنية بما يسهم في زيادة التقبل. وفي نهاية هذه الجلسة يتم إعطاء تعليمات للزوجين للتعبير عن مشاعر تأثرهما بالموضوعات المسببة للمشكلات مع الامتناع عن انتقاد خصائص وصفات وردود أفعال كل منهما للآخر.

- **الجلسة الثالثة:** وهدفها مساعدة الزوجين على السير نحو النموذج أو القدوة الإيجابية. وذلك باستخدام فنية النمذجة وعرض نماذج على كلا الزوجين (إيجابية- سلبية).

ويتم في هذه الجلسة تطبيق فنية النمذجة من خلال عرض نماذج سلوكية تمثل قدوة للزوجين، ويتم ذلك عبر المناقشة والحوار مع الزوجين فقط، بهدف تعليم الزوجين الأساليب والسلوكيات الجديدة السوية المطلوب تدريبهم عليها، والمتمثلة بشكل واضح في النموذج القدوة. في البداية يتم مناقشة الزوجين عن سلوكيات القدوة الإيجابية، من حيث كيفية تعبير كلا من الزوجين القدوة عن

أفكارهما ومشاعرهما بوضوح وكيفية استماع كل منهما للآخر بفاعلية، وكيف يحلون مشاكلهم بأسلوب لبق من دون تفعيل الأمور وتعتيقدها وامتناع كل منهما انتقاد خصائص وردود فعل الآخر. وبعد ذلك يدور الحديث مع الزوجين عن القدوة التي تسير في الاتجاه السلبي المخالف لما يتم التدريب عليه. حيث يتم توضيح كيفية معاملة الزوجين كل منهما للآخر بطريقة سلبية وغير سوية عندما تواجههما مشكلات حتى الصغيرة منها وكيف يثير كل منهما الآخر ويجعله في حالة متوترة، والتي غالباً ما تكون هذه الإشارة غير شعورية بسبب عدم تعامل الزوجين مع بعضهما على نحو صريح فيما يتعلق بالتعبير عن المشاعر والأفكار التي تراود كل منهما. وهذه الحالة الثانية هي أشبه بحالة الزوجين موضوع البرنامج.

- الجلسة الرابعة: وهدفها إعادة بناء مسارات الزوجين بحيث تصبح أكثر تقارباً ووداً. من خلال استخدام فنية الاسترخاء وتدريب الزوجين عليها.

وفي هذه الجلسة يتم تطبيق فنية الاسترخاء حيث يتم تدريب كلا الزوجين على عملية الشد العضلي، حيث يترافق الشد النفسي مع الشد العضلي لكل عضلات الجسم وذلك في حالات التوتر والقلق. وبتحويل حالة التوتر وعضلات الجسم المشدودة إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي يتحول بدوره إلى استرخاء أيضاً. الأمر الذي يؤدي بهما إلى انخفاض حالة القلق والتوتر التي يعانيان منها. وتقوم عملية تحويل الشد العضلي إلى استرخاء على عملية التحكم الذاتي بعضلات الجسم المؤدي بالضرورة لضبط الحالة النفسية وخفض التوتر. وهي تقوم على تمرينات وتدرجات خاصة بالتنفس وتنظيمه، ثم تدريبات للذراعين، ثم للرجلين، ثم الكتفين، ثم عضلات الوجه (الجبهة، والعينين، والكفين)، ثم لعضلات الرقبة، ثم لعضلات الصدر، ثم لعضلات

الظهر ، ثم لعضلات البطن ، وعضلات الرجلين مرة أخرى. حيث تتركز التدريبات على التناوب في حالة الشد والاسترخاء مع إمكانية تكرار التدريبات بالترتيب السابق نفسه بغية الشعور بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لعضلات الجسم كلها. وكما يتم تدريب الزوجين بتكرار صوتهم لبعض العبارات بشكل مسموع بغية التركيز أكثر على الشعور والسلوك بحالتي الشد والاسترخاء معاً للعضلات، وبعد التأكد من الدخول بحالة الاسترخاء العميق، يحدث الشخص نفسه عن المواقف الحياتية الحقيقية المرتبطة والمسببة لحالة التوتر والقلق عنده حتى يضعف تأثيرها.

وفي نهاية هذه الجلسة يتم إعطاء الزوجين الواجبات المنزلية، حيث يتم التأكيد للزوجين أنهم إذا غيروا سلوكهم تتغير مشاعرهم وأفكارهم وتساعد هذه الواجبات المنزلية على إعادة بناء مسارات الزوجين بحيث تصبح أكثر تقارباً ووداً.

- الجلسة الخامسة: وهدفها مساعدة الزوجين على فهم كل منهما لدور الزوج الآخر وذلك باستخدام فنية لعب الأدوار.

ويتم في هذه الجلسة تنفيذ فنية لعب الأدوار التي تقوم فكرتها الأساسية على أن الإنسان يقوم بأدوار مختلفة في حياته. وقيام الزوجين بلعب الأدوار يساعدهما على اكتشاف تلك الأدوار. لذلك يتم العمل معهم في هذه الجلسة على أن يحاول كل زوج أن يقوم بالدور الذي يمكن أن يقوم به الزوج الآخر لأن ذلك يساعده على رؤية وجهة الآخر بوضوح أكثر. ولعب الدور يشجع الزوج على تقبل الزوج الآخر وفهمه أكثر. ويتم في هذه الجلسة التركيز على الأدوار التي تثير أكثر درجات الشعور بعدم الراحة والقلق، والطلب من كلا الزوجين أن يتخيل أدواراً يقوم بها. وفي نهاية هذه الجلسة يتم إعطاء الزوجين واجباً

منزلياً وهو أن يتخيل كل من الزوجين أنه مكان الآخر عندما يشعر بمشاعر سلبية تجاهه (ماذا كنت فعلت لو كنت أنا مكانه).

- الجلسة السادسة:

وهدفها مساعدة الزوجين على معرفة كل منهما واقع الآخر وقبوله. وكذلك مساعدتهما على تحمل المسؤولية من خلال تحسين الذات والآخر والعلاقة القائمة بينهما.

ويتم في هذه الجلسة تطبيق فنية أخرى وهي مواجهة الزوجين بواقع ذات كل منهما وواقع علاقتهما الزوجية من خلال المناقشة المنطقية، ومساعدتهما على تقبل وقبول ذلك الواقع، ثم تحمل المسؤولية الملقاة على عاتق كل منهما في تحسين الذات والآخر والعلاقة القائمة بينهما، حيث يطلب من الزوجين أن يتعرف كل منهما على توقعات الآخر. والتركيز على التوقعات الخاطئة والمبالغ فيها بغية تصحيحها، والعمل على تثبيت التوقعات الصحيحة فيما يتعلق بالعلاقات الزوجية، وأن يعرف كل منهما ما هو المتوقع منه ومن زوجه الآخر من تفاعل ونشاط داخل المنزل وأن يتم تقبل هذه الأمور بمسؤولية. وقبول حقيقة أن لكل واحد الحق في المشاركة بما لديه من أفكار وتوقعات حول العلاقة الزوجية. وتقبل كل منهما الآخر على ما هو عليه كإنسان له مشاعر وانفعالات. وأن يحافظا على السرية، وخلق جو من الثقة والأمن والمحبة في الأسرة.

- الجلسة السابعة: وهدفها مساعدة الزوجين على التخيل العقلاني المعرفي، وتغيير انفعالاتهما السلبية إلى انفعالات إيجابية. والعمل على توجيه الزوجين ليحدثا أنفسهم بعبارات تخفف الانفعال.

تطبق في هذه الجلسة فنية التخيل العقلاني المعرفي، بعد سؤال الزوجين عن أحوالهما فيما يتعلق بالتعبير عن مشاعرهما بصدق وعدم انتقاد كل منهما للآخر وقبوله. والطلب من الزوجين بأن يتخيل كل واحد منهما نفسه في موقف الانفعال غير السار، ثم يتخيل نفسه وقد غير هذا الانفعال إلى انفعال أقل، ثم بعد ذلك الطلب منهما التحدث مع أنفسهما بعبارات تخفف الانفعال، مثل: إن ما حدث لي ليس بدرجة كبيرة من سوء. ثم يتم الطلب من الزوجين ممارسة ما تدربا عليه في هذه الجلسة في المنزل حتى تصبح عادة عندهما.

- **الجلسة الثامنة:** وهدفها تعديل السلوك وذلك بالتخلي عن السلوكيات غير المرغوب فيها وتعزيز السلوكيات المرغوب فيها.

يتم في هذه الجلسة تطبيق فنية إعادة تشكيل السلوك أو تعديل السلوك وهي من فنيات المدرسة السلوكية، ويتم فيها الاتفاق على تحديد دقيق للسلوك غير المرغوب فيه مثل انتقاد خصائص وصفات وردود أفعال كل منهما للآخر، مع تحديد دقيق للسلوك الأكثر إيجابية مثل التعبير عن المشاعر والأفكار بوضوح والاستماع بفاعلية إلى الزوج الآخر، بحيث يتم التخلي عن السلوكيات غير المرغوب فيها وتكرار السلوكيات المرغوب فيها، وتتم مساعدة الزوجين على التفاوض للوصول إلى اتفاق بحيث يحصل كل منهما على أي نوع من التعزيز الإيجابي لكل تكرار من السلوكيات المرغوب فيها، ثم يتم الاتفاق على تحديد ما سيقوم به كل منهما من سلوكيات مرغوب فيها في المستقبل، ويتم تسجيلها كتابياً. ويتم تنظيم مراحل تطبيق هذه الفنية وفق مراحل مبرمجة.

(٤) - القياس البعدي:

هدفه تقويم التقدم الحاصل لدى الزوجين نتيجة للتدخل الإرشادي حيث يتبع مرة أخرى ما اتبعناه في مرحلة القياس القبلي من ملاحظة - ومقابلة -

والتقارير الذاتية من كلا الزوجين. وتتم ملاحظة بعض التغيرات في استجابة كل منهما للآخر وخفض حدة التوتر بينهما وقبول كل منهما للاستماع لمشاكل الآخر وما يقول بدون أن يظهر ردود فعل سلبية.

٥- إنهاء البرنامج:

لا يوجد زمن محدد للعملية الإرشادية فقد تستغرق جلسات عدة وقد تمتد شهور عدة ويتوقف زمن إنهاء العملية الإرشادية على: نوع المشكلة - ورغبة الزوجين في الإرشاد، وشخصية كلا الزوجين والأساليب المستخدمة. ويتحدد إنهاء التدخل الإرشادي بتحقيق أهداف البرنامج والوصول إلى السلوك المستهدف.

٦- قياس مدى التحسن:

بعد القيام بكل الخطوات التنفيذية للبرنامج. لابد من قياس التحسن أو الأثر الذي أحدثه البرنامج العلاجي في شخصية كلا الزوجين وسلوكياتهم وأفكارهم ومشاعرهم . وهناك ثلاثة محكات للحكم على مدى التحسن في سلوك الزوجين نتيجة التدخل الإرشادي:

- محك ذاتي المرجع: وهو حكم الزوج على نفسه.
- محك جماعي المرجع: حكم المحيطين بالزوجين.
- محك محكمي المرجع: وهو محك المتخصصين في الإرشاد والعلاج النفسي.

٧- المتابعة:

لابد من القيام بالمتابعة لمعرفة مدى الثبات والاستمرار في تحسن الأعراض النفسية والسلوكية التي حدثت للزوجين بعد فترة من البرنامج الإرشادي، وتحديد نسبة التقدم ومدى استفادة الزوجين من العملية الإرشادية،

وتعزيز التغيرات الإيجابية في سلوك الزوجين منعاً من انتكاس الأعراض. وتكون هذه الجلسة بعد شهرين من انتهاء جلسات البرنامج وذلك بهدف التحقق من ثبات التحسن لدى الزوجين وانخفاض مستوى الضغط والتوتر في علاقتهما.

(٨) - التقييم النهائي للبرنامج:

إن تقييم البرنامج عملية مهمة لأنه يعطي التغذية الراجعة التي تخص مستوى ما حصل من فائدة خلال الجلسات الإرشادية، ويكشف عن مدى النجاح أو الفشل.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، زكريا (١٩٨٦): الزواج والاستقرار النفسي، مكتبة مصر، ط٣، القاهرة.
- إبراهيم، زكريا (١٩٧٢): مشكلة الحرية، مكتبة مصر، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤): العلاج النفسي السلوكي المعرفي، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٨): الإرشاد الزواجي والأسري، دار الشروق، عمان.
- أبو حطب، فؤاد (١٩٩٠): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو المصرية، ط٢، القاهرة.
- أبو حماد، ناصر الدين (٢٠٠٨): تعديل السلوك الإنساني وأساليب حل المشكلات السلوكية، عالم الكتب الحديث، الاردن.
- أبو عبادة، صالح عبد الله (٢٠٠١): الإرشاد النفسي والاجتماعي، ط ١ ، مكتبة العبيكان، جامعة الإمام محمد بن سعود، السعودية .
- أبو عيطة، سهام (١٩٩٧): مبادئ الإرشاد النفسي، ط١، دار الفكر، عمان.
- الخطيب، صالح أحمد (٢٠٠٩): الإرشاد النفسي في المدرسة أسسه ونظرياته وتطبيقاته، دار الكتاب الجامعي، العين.
- القذافي، رمضان محمد (١٩٩٣) الشخصية نظرياتها واختباراتها وأساليب قياسها، منشورات الجامعة المفتوحة .

- بيك، آرون (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- البريثن، عبد العزيز عبد الله (٢٠٠٨): الارشاد الأسري، ط ١ ، دار الشروق، عمان.
- باترسون، س.هـ (١٩٩٢): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الأول، الطبعة الثانية، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، الكويت.
- باترسون، س.هـ (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الثاني، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- بلان، كمال يوسف (٢٠٠٧): نظريات الإرشاد النفسي (١)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- بلان، كمال يوسف (٢٠٠٥): الصحة النفسية، منشورات الإدارة السياسية، دمشق.
- بلان، كمال يوسف (٢٠٠١): السكان والحياة الأسرية - الدليل المرجعي في التربية السكانية، منشورات وزارة التربية في الجمهورية العربية السورية بالتعاون مع هيئة تخطيط الدولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان.
- بيرن، ايريك (١٩٩١): الألعاب والناس، ترجمة: وجيه أسعد، دار الفاضل، دمشق.
- جبل، فوزي محمد (٢٠٠٠): الصحة النفسية. ط ١. منشورات المركز الثقافي العربي، بيروت، لبنان.
- جمعة، عبلة بساط (٢٠٠٢): مهارات في التربية النفسية، دار المعرفة ، بيروت.

- الجمعية، عبد العزيز (٢٠٠٢) : العلاج المعرفي، وزارة الصحة، بيروت.
- حافظ، نبيل عبد الفتاح (٢٠٠٠): صعوبات التعلم والتعلم العلاجي، ط١.
القاهرة، دار الفكر العربي.
- الحجار، محمد (٢٠٠٤) : تشخيص الأمراض النفسية، ط١، دار النفائس،
دمشق.
- حسن، محمود وآخرون (١٩٨١): الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار
المريخ، السعودية.
- حسين، طه عبد العظيم : (٢٠٠٧) العلاج النفسي المعرفي ، ط ١ ، دار
الوفاء ، مصر .
- حسين، طه عبد العظيم (٢٠٠٨): الإرشاد النفسي(النظرية-التطبيق -
التكنولوجيا)، ط٢، دار الفكر، عمان.
- الحلبي، حنان خليل (٢٠٠٠): مستوى الطموح ودوره في العلاقات الزوجية
دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة
دمشق.
- الخشاب، مصطفى (١٩٨٧): دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة
العربية، بيروت.
- خلف الله، سليمان (٢٠٠٤): الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية
العادية وغير العادية ، دار جهينة، عمان.
- خليل، محمد بيومي (١٩٩٩): سيكولوجية العلاقات الزوجية، دار قباء،
القاهرة.

- الداهري، صالح حسن (٢٠٠٨): أساسيات الإرشاد الزواجي والأسري، ط١، دار صفاء ، عمان.
- الداهري، صالح حسن (٢٠٠٠): مبادئ الإرشاد النفسي- التربوي، الطبعة الأولى، دار الكندي، الأردن.
- دسوقي، راوية محمود حسين (١٩٨٦): التوافق الزواجي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.
- دليل المرشد النفسي (٢٠٠١): فريق عمل الإرشاد النفسي، المؤسسة العامة للمطبوعات والكتب المدرسية، وزارة التربية، دمشق.
- دويدار، عبد الفتاح (١٩٩٢): سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، دار النهضة، بيروت.
- راجح، أحمد عزت (١٩٦٤): الأمراض النفسية والعقلية أسبابها، علاجها، آثارها الاجتماعية، دار المعارف، القاهرة.
- رحال، ماريو (١٩٩٨): مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض مستوى العصابية والفراغ الوجودي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر.
- رزق، أمينة محمد (٢٠٠٩): نظريات الشخصية، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
- الرشيد، بشير صالح (١٩٩٩): نظرية الاختيار وتطبيقاتها في علم النفس (رؤية تحليلية لمدرسة وليم جلاسر المعاصرة)، منشورات جامعة الكويت، الكويت.

- الرشيدى، بشير والنايلسى، محمد وآخرون (٢٠٠١): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، الطبعة الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعى، الكويت.
- رضوان، سامر جميل (١٩٩٩): مستقبل العلاج النفسى، منشورات وزارة الثقافة فى الجمهورية العربية السورية، دمشق.
- الريحانى، سليمان (١٩٨٧): الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين- دراسة عبر ثقافية لنظرية ألبرت أليس فى العلاج العقلي العاطفي. مجلة دراسات، مجلد ١٤، عدد (٥)، ص: ٧٣-١٠٢، عمان: الجامعة الأردنية.
- الرفاعى، نعيم (١٩٨٢): العيادة النفسية والعلاج النفسى، منشورات جامعة دمشق.
- الريمائى، محمد عودة وآخرون (٢٠٠٤): علم النفس العام، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- الزراد، محمد فيصل (١٩٨٤): علاج الأمراض النفسية، دار العلم للملايين، بيروت.
- الزراد، محمد فيصل (٢٠٠٥): العلاج النفسى السلوكى لحالات القلق والتوتر والوسواس القهرى بطريقة الكف بالنقيض، دار العلم للملايين، بيروت.
- الزريقات، إبراهيم عبدالله (٢٠٠٧): تعديل سلوك الأطفال والمراهقين، المفاهيم والتطبيقات، دار الفكر، عمان.
- الزعبي، أحمد، محمد (٢٠٠٥): مشكلات الأطفال النفسية السلوكية والدراسية (أسبابها وعلاجها) دار الفكر، دمشق.
- الزعبي، أحمد محمد: (٢٠٠٣) التوجيه والإرشاد النفسى، ط ١، دار الفكر، دمشق

- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٢): الإرشاد النفسي (نظرياته-اتجاهاته-مجالاته)، دار زهران، عمان.
- الزعبي، أحمد محمد (١٩٩٤): الإرشاد النفسي نظرياته واتجاهاته ومجالاته، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن.
- زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٤): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثالثة، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٢): التوجيه والارشاد النفسي، عالم الكتب ، مصر.
- الزيود، نادر (١٩٩٨): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر للطباعة، عمان، الأردن.
- الساعاتي، سامية حسن (١٩٨٢): الاختيار للزواج والتغير الاجتماعي، دار النجاح، ط١، بيروت.
- سعد، علي و نعامه، سليم (١٩٩٣): الشخصية السوية والانتاج، بلا دار نشر، دمشق.
- السقا، صباح (٢٠٠٥): فاعلية برنامج معرفي- سلوكي لخفض حدة الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- سلامة، ممدوح محمد (١٩٨٥): الإرشاد النفسي منظور إنمائي، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .

- سويف، مصطفى (١٩٩٦): المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة العدد (٢٠٥)، المجلس الوطني للثقافة، الكويت.
- الشربيني، زكريا احمد ومنصور، عبد المجيد سيد احمد (٢٠٠١): السلوك الإنساني بين الجبرية والإرادية ومنظور علم النفس المعاصر (المشيئة والاختيار)، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.
- شعبان، كامل الفرع وعبد الجبار تيم (١٩٩٩): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط٢، دار الصفاء، عمان.
- شقير، زينب محمود (٢٠٠٢): علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
- شقير، زينب محمود (٢٠٠٥): الشخصية السوية والمضطربة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- شكشك، أنس عبود (٢٠٠٩): الأمراض النفسية والعلاج النفسي، دار الشروق، عمان.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٤): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس و عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
- الشيخ، دعد (١٩٩٢): مفهوم الذات بين الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.

• الشيمي، داليا (٢٠٠٩): كيف نغير سلوكيات أطفالنا، دليل الوالدين والمعلمين إلى تعديل سلوكيات أطفالهم غير المرغوب فيها، الدار العربية للعلوم، لبنان.

• صادق، عادل (٢٠٠٨): متاعب الزواج، دار الصحوة، القاهرة.

• صبري، كاميل (٢٠٠٧): السعادة الزوجية، دار اليازوري، عمان.

• ضمرة، جلال كايد (٢٠٠٨): الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط ١، دار صفاء، عمان.

• الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٩٠): تيارات جديدة في العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

• الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٩٨): مشكلات الأبناء وعلاجها من الجزين إلى المراهق، مطبعة الجمهورية، الاسكندرية، مصر.

• عاقل، فاخر (١٩٨٨): معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت.

• عبد الباقي، سلوى (٢٠٠١): الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال، مركز الإسكندرية، مصر.

• عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٩): علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء، القاهرة.

• عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.

• عبد العزيز، صالح (١٩٧٢): الصحة النفسية للحياة الزوجية، النهضة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

• عبد العزيز، مفتاح محمد (٢٠٠١): علم النفس العلاجي، اتجاهات حديثة، منشورات دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- عبد الفتاح، كاميليا (١٩٩٠): دراسات سيكولوجية في مستوى الطموح والشخصية، دار نهضة مصر، القاهرة.
- عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١): مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر، عمان.
- عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠٠): الشخصية، دار المكتبي، دمشق.
- عبد الله، هشام إبراهيم (٢٠٠٨): العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- العديلي، ناصر محمد (١٩٩٥): السلوك الإنساني والتنظيمي، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- العزة، سعيد حسني، (٢٠٠٠): الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية، دار الثقافة، عمان.
- العزة، عبد الهادي عزت (١٩٩٩): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان.
- عكاشة، أحمد (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- علي، حبيب ظاهر (١٩٩٧): مشاكل الأسرة وطرق حلها، بيروت، لبنان.
- العيسوي، عبد الرحمن- النابلسي، محمد (١٩٩٨): العلاج الطبي النفسي، الطبعة الأولى، الشركة العالمية للكتاب، بيروت.
- غراوه و آخرون (١٩٩٩): مستقبل العلاج النفسي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- الفتلاوي، سهيلة (٢٠٠٥): تعديل السلوك في التدريس، ط١، دار الشروق، عمان.

- فرانكل، فيكتور (١٩٩٨): إرادة المعنى، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى، ترجمة: إيمان فوزي، دار زهراء الشرق، القاهرة.
- فرانكل، فيكتور (١٩٨٢): بحث الإنسان عن المعنى، ترجمة: طلعت منصور، دار القلم، الكويت.
- فهمي، مصطفى (١٩٨٧): دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، ط ٢، القاهرة.
- القذافي، رمضان (١٩٩٣): الشخصية، نظرياتها واختباراتها وأساليب قياسها، منشورات الجامعة المفتوحة، بنغازي، الجماهيرية الليبية.
- كاتبي، محمد عزت عربي (٢٠٠٤): تسلط الزوج وأثره في التوافق الزوجي، دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.
- الكاينذ، ديفيد. واينر، إيرفينغ (١٩٩٦): نمو الطفل من الطفولة المتوسطة إلى نهاية المراهقة، ترجمة: ناظم طحان، منشورات وزارة الثقافة، ج ٢، دمشق.
- الكفافي، علاء الدين (١٩٩٩): الإرشاد والعلاج الأسري، دار الفكر، القاهرة.
- الكفافي، علاء الدين (١٩٩٩): الإرشاد والعلاج النفسي، الأسري من المنظور التقني الاتصالي، حورس للطباعة والنشر، ط ٢، الكويت.
- كلوس ميسك (٢٠٠٩): العلاج والإرشاد النفسي الأسري، مبدأ ذرائعي ترجمة سامر جميل رضوان، دار الكتاب الجامعي، فلسطين.
- كمال، علي (١٩٩٤): العلاج النفسي قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

- لازاروس، أرنولد (٢٠٠٢): العلاج النفسي الشامل الحديث، ترجمة محمد حمدي، ط١، مؤسسة الرسالة، بيروت.
- ماكوري، جون (١٩٨٢): الوجودية، ترجمة إمام عبد الفتاح إمام، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٥٨، الكويت.
- مبيض، مأمون (١٩٩٥): المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك، ط١، دمشق.
- محفوظ، نجلاء (١٩٩٩): الطلاق والمشاكل والحلول، دار النشر المصرية اللبنانية.
- مختار، وفيق صفوت (٢٠٠١): أبنائنا وصحتهم النفسية، دار العلوم والثقافة، القاهرة.
- مدن، يوسف (٢٠٠٦): العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد، دار الهادي، بيروت.
- مرسي، كمال (١٩٩٥): العلاقة الزوجية والصحة النفسية، دار القلم، ط٢، الكويت.
- المزروعى، شخنة (١٩٩٠): التوافق الزوجي وعلاقته بسمات شخصية الأبناء، مكتبة العبيكان، الرياض.
- المطوع، جاسم محمد (٢٠٠٣): المشاكل الزوجية وفن احتوائها، ط٢، دار اقرأ، عمان.
- المغربي، سعد (١٩٨٤): ظاهرة تعاطي الحشيش، ط١، دار الراتب، القاهرة.
- مليكة، لويس كامل (١٩٩٤): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار الفجر، القاهرة.

- موسى، رشاد (٢٠٠١): أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط١، مؤسسة المختار، القاهرة.
- موسوعة علم النفس (١٩٩٩): المجلد السادس، بيروت.
- نادر، نبال (٢٠٠٦): تحقيق الطموح، دار اليوسف، ط١، بيروت.
- نعامه، سليم (١٩٨٥): سيكولوجيا الانحراف، مكتب الخدمات الطباعية، دمشق.
- النعيم، عبد الحميد احمد (٢٠٠٨): أسس التوجيه والارشاد النفسي، مركز التنمية الأسرية، جامعة الملك فيصل، السعودية.
- نصرات بيشكن (٢٠٠٨): العلاج الأسري الإيجابي، طريقة المستقبل في العلاج، الطبعة الأولى، ترجمة سامر جميل الرضوان، دار الكتاب الجامعي، فلسطين.
- هاريس، آمي توماس (١٩٩١): أنا بخير-أنت بخير، ترجمة: لجنة الترجمة في دار الفاضل، دمشق.
- هول، ك- ليندزي، ج (١٩٧٨): نظريات الشخصية، ترجمة: فرج أحمد فرج وزملاؤه، مراجعة: د. لويس مليكة، دار الشايع، القاهرة.
- الهيل، أمينة ابراهيم (١٩٩٦): دراسة لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالتوافق الزوجي لدى المرأة القطرية، جامعة عين شمس، مصر.
- ياسين، عطوف محمود (١٩٨١): علم النفس العيادي، قسم (١) ط١ دار العلم للملايين، بيروت.
- يوسف، سيد جمعة (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب، القاهرة.

- يوسف، سيد جمعة (٢٠٠١): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.



المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association (2000) :Manual Of Mental Disorder,DSM-IV TR,Washington DC.
- Berne, E. (1964): Games People Ply, The Psychology of human Relationships. New York. Grove Press.
- Burks, H.M. & Steffle, B.(1979): Theories Of Counseling (3rd ed,) New York: McGraw-Hill.
- Colledge, Ray: Counselling Theory, j palgrave Macmillan
- Defrain,John & Olson,David (1994): Family and Marriage, May field publishing company, USA.
- Doherty,W.J&Baptiste,D.A (1993): Family therapy theory , New York, USA.
- Dzurillo,T&Goldfried,M (1971):Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal psychology,
- Ellis, A. (1994): How to keep people from pushing your buttons, NY , Institute of Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1985): Emotional Disturbance in a Nutshell, NY, Institute of Rational Emotive Therapy. Garl Rogers on Encounter Groups. New York.
- Frankl, V. E.(1963), Mans search for meaning (rev. ed.). New York: Washington Square Press.
- Glasser, W. (1984): Control Theroy, A New Explanation of How we Control our Lives. New York. Harper & Row Publisher.

- Glasser, W. (1965): Reality Therapy, New York, Harper & Row.
- Olson, H. David-Defrain John (1994): Family and Marriage, May field publishing company, USA.
- Jones, R. N.(1996): The Theory and Practice of Counseling Psychology. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Lines, Richard (1996): The Theory and practice of counseling 2nd Edition, cassell, NewYork.
- Meichenbaum, D.(1977): Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach, New York, Plenum.
- May,J (1977): Psychophysiology of self-regulated thoughts.Behaviour therapy.
 - Rcarlson, Nell, (2000): Psychology The Science Of Behavior. Allyn and Bacon. London .
- Patterson, C.H. (1986): Theories Of Counsling And Psychtherapy, (4th ed), Harper And Row, New York.
- Written, defrain john(1994): Marriage And The Family, London, Mayfield.



ثبت المصطلحات العلمية

A

Abnormal	غير سوي
Abnormal psychology	الشذوذ النفسي
Activity	نشاط
Activity Group	جماعة النشاط
Addict	المدمن
Adolescence	مراهقة
Adult	حالة الراشد (الواقع)
Affect	العاطفة أو الوجدان
Affective disorders	اضطرابات وجدانية
Agoraphobia	الخوف من الأماكن العامة
Alienation	الاعتراب
American Psychological Society	الجمعية النفسية الأمريكية
Amnesia	فقدان الذاكرة الهستيري
Analysis	التحليل
Anal Stage	المرحلة الأستية (الشرجية)
Antecedents	المقدمات
Anger	غضب
Anima	الأنيميا
Animus	الأنيموس
Anorexia Nervosa	فقدان الشهية العصبي
Anxiety	القلق
Anxiety Disorder	اضطرابات القلق

Anxiety Neurosis	عصاب القلق
Anxiety-Relief Conditioning	إشرط تخفيف القلق
Aphasia	هذيان
Aphonia	فقدان الكلام الهستيري
Applection and Follow	مرحلة التدريب التطبيقي
Applied Psychology	علم النفس التطبيقي
Archetypes	الأنماط الأصلية أو الأولية
Arsimony	الاقتصاد
Assertive Training	التدريب التوكيدي
Assessment interview	المقابلة التشخيصية
Attention	الانتباه
Attribution	عزو السلوك
Autism	التوحد
Aversion Therapy	العلاج بالتنفير (الإكراه)
Aversive Conditioning	الإشرط المنفر
Awareness	الوعي

B

Basic Anxiety	القلق الأساسي
Basic Encounter	المواجهة الأساسية
Behavior	السلوك
Behavioral Assessment	التقييم السلوكي
Behavior Therapy	العلاج السلوكي
Behavior Theory	النظرية السلوكية
Behaviourism	السلوكية

Biofeed back	التغذية البيولوجية الراجعة
Biology	الجانب البيولوجي
Bipolar Disorder	اضطراب ثنائي القطب
Body image	صورة الجسم
C	
Carrying Cut The Plan	تنفيذ الخطة
Case study	دراسة الحالة
Catharsis	التنفيس
Characteristics	الخصائص
Child Ego State	الأنا الطفلية (الطفل)
Choice Anxiety	قلق الاختيار
Chronic	مزمن
Classical Condioning	الإشراف الكلاسيكي
Classification	تصنيف
Clever level	مستوى الذكاء
Client	المسترشد
Client- centered counseling	الإرشاد المتمركز حول المسترشد
Clinical Assessment	التقييم الاكلينيكي
Clinical method	المنهج العيادي
Clinical Practice	الممارسة الإكلينيكية
Clinical psychology	علم النفس العيادي
Coercion	الإكراه
Cognitive	المعرفية

Cognitive Behavioral Assessment	طريقة التقويم السلوكي المعرفي
Cognitive Behavior Modification	الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي
Cognitive Concerning Change	المعرفة المرتبطة بالتغير
Cognitive Effect	الأثر المعرفي
Cognitive Factors in Behavior	إدخال العوامل المعرفية في أساليب
Therapy Techniques	العلاج السلوكي
Cognitive Functional Approach	الطريقة المعرفية الوظيفية
Cognitive-Restructuring Techniques	أساليب إعادة البنية المعرفية
Cognitive Structure	البنية المعرفية
Competition	التنافس
Comprehensiveness	الشمولية
Compensation	التعويض
Conceptualization	مرحلة التصور
Confabulation	الخرف
Conflict	الصراع
Confluence	الاندماج
Conditions of worth	شروط أو ظروف الاستحقاق
Confidentiality	السرية
Confirmation	التأكيد (التثبت)
Confrontation	المواجهة
Consciousness	الشعور
Consciousness	الوعي
Contracting	التعاقد
Controlled Observation	الملاحظة العلمية المضبوطة

Conversation Hysteria

هستريا تحويلية

Cultivating Self-Understanding

تشجيع فهم الذات

Counseling

الإرشاد

Counselor

المرشد

Crystallization

البلورة

D

Dealing Eith Consciousness

التعامل مع التفكير الشعوري

Degeneration

تدهور تدريجي في وظائف الشخصية

Delinquency

الجنوح

Dementia

العتة - تدهور القدرات العقلية

Dependant Variable

المتغير التابع

Dependence

الإعتمادية

Depression

الاكتئاب

Depressive psychosis

اكتئاب ذهاني

Derelictio

تششت التفكير

Derschatten

الظل

Descriptive method

المنهج الوصفي

Diagnosis

التشخيص

Dialogue

الحوار

Differential diagnosis

تشخيص فارقي

Dimensional Ontology

الوجود الأبعادي

Direction

اتجاه

Displacement

الإحلال (الإزاحة)

Disputing

دحض الأفكار الخاطئة

Dream	الحلم
Dream Analysis	تحليل الأحلام
Drive	نزوة- حافز
Drive Reducation	خفض الحافز
Drugs	الأدوية
(DSM IV-TR)	الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع المعدل
Dyslexia	عسر القراءة
Dyssomnias	اضطراب النوم
E	
Early Childhood	الطفولة المبكرة
Eating disorders	اضطرابات الأكل
Eclectic Theory	النظرية الانتقائية
Electric psychotherapy	العلاج النفسي الانتقائي
Electra Complex	عقدة الكترا
Electro convulsive therapy	العلاج بالصدمة الكهربائية
Elimination	اضطرابات الإخراج
Ego	الأنا
Empathy	التعاطف
Empricial Validity	الصدق الأمبريقي أو القابلية للتحقق
Encounter Group	مجموعة المواجهة
Enuresis	تبول لا إرادي
Establishing rapport	بناء المودة (الألفة)
Etiology	علم أسباب الأمراض
Executive Processor	المعالج (المعامل) التنفيذي

Existentialism	الفلسفة الوجودية
Existential Frustration	الإحباط الوجودي
Experimental Hypothesis	الفرضية التجريبية
Experimental Method	المنهج التجريبي
Experimental Searches	البحوث التجريبية
Explanation	التفسير
Extinction-overcorrection	الانطفاء أو الإخماد - التصحيح الزائد
Extraversion	الإنبساطية
F	
Factual	واقعية
Family Therapy	الإرشاد (العلاج) الأسري
Follow-up	المتابعة
Flexibility	المرونة
Functional Therapy	العلاج الوظيفي
Form	صورة
Free Association	التداعي الحر
Frustration	إحباط
G	
Game	الألعاب
Generalized Anxiety	قلق معمم
Genital Stage	المرحلة التناسلية
Gestalt Theory	نظرية الجشطلت
Grandios Delusion	هذيان العظمة
Group Counseling	الإرشاد الجماعي

Group Session

الجلسة الجماعية

Guidance Meeting

المقابلة الإرشادية

H

Habit

عادة

Hallucination

هلوسة

Hardness

التصلب

Health Psychology

علم النفسي الصحي

Homework Assignments

التكليفات المنزلية

Hyperactivity Disorder Attention
Deficit(HDAD)

اضطراب فرط النشاط الزائد

Hypochondria Disorder

اضطراب توهم المرض

Hypnosis

التنويم المغناطيسي

Hysteria

هستيريا

Hysterical Blindness

العمى الهستيري

I

Id

الهو

Ideal Self

الذات المثالية

Identification

مطابقة - مماثلة

Identity

الهوية

Illusion

وهم

Illustration

التصوير (التوضيح)

Imagery

التخيلات

Images

التخيل

Importance

الأهمية

Independent variable

متغير مستقل

Individual Counseling	الإرشاد الفردي
Incentive	الحافز
Incompatible Thoughts & Behaviours	السلوكيات و الأفكار المتنافرة
Incongruence	عدم الانسجام أو عدم التوافق
Inferiority	مركب النقص
Inner-Dialogue	المحادثة الداخلية
Inner-Speech	الحديث الداخلي
Insanity	جنون
Insight	البصيرة - الاستبصار
Insight Oriented Therapy	العلاج الموجه بالاستبصار
Instinct	الغريزة - نزوة
Insomnia	أرق
Integration	الإدماج (التكامل)
Intelligence	ذكاء
Internal Psycho poise	توازن نفسي داخلي
Interperso	العلاج البينشخصي
Interpersonal Anxiet	حالة القلق البينشخصي
Interpersonal Relationships	العلاقات البينشخصية
Interpretation	التأويل
Interretation	التفسير
Interrogation	التساؤل (الإستجواب أو الاستنطاق)
Interview	المقابلة
Intimacy	الألفة (المودة)
Introjection	التشرب (الازدراء)

Intuition

الحدس

Irrational Thoughts

أفكار لا عقلانية

K

Keeping in the Here & Now

الاحتفاظ به هنا و الآن

Kleptomania

هوس السرقة (السرقة القسرية
المرضية)

L

Lack of assurance

نقص التأكيد أو الثقة بالنفس

Lack of information

نقص المعلومات

Lack of skill

نقص المهارة

Latency Stage

مرحلة الكمون

Libido

الطاقة الجنسية (الليبيدو)

Lie

المراعاة (الكذب)

Life events

أحداث الحياة

Life Script

خطة الحياة

Locus of control

مركز السيطرة و الضبط و التحكم

Logodrama

اللوجودراما

Logotherapy

الإرشاد (العلاج) بالمعنى

M

Major Depression

كآبة رئيسة

Mania

هوس

Mask

القناع

Masked Depression

اكتئاب مقنع

Masochism

المازوشية (التلذذ بتعذيب الذات)

Medical Psychology	علم نفس طبي
Melancholia	الذهان الداخلي (جنون الصمت)
Mental Diseases	الأمراض العقلية
Mental Health	الصحة النفسية
Mild Depression	اكتئاب معتدل
Modelling	النمذجة
Mood	المزاج
Mood Disorder	اضطراب المزاج
Motive	محفز
Motivation	الدافعية
Multimodal Therapy	العلاج متعدد الوسائل
N	
Neurosis	العصاب
Neuroticism	العصابية
Neurotic Anxiety	القلق العصابي
Neurotic Disorders	اضطرابات عصابية
Neurotic Trends	الاتجاهات العصابي
New Cognitive Structures	إعادة تكوين المفاهيم
Normal Behavior	سلوك سوي
O	
Obsessional Neurosis	عصاب الوسواس
Observational Learning	التعلم بالملاحظة
Obsorption	التشرب (الإمتصاص)
Oedipus Complex	عقدة أوديب

Operationality	الإجرائية
Operant Condionin	الإشراط الإجرائي
Oral Stage	المرحلة الفمية
P	
Panic Attack	نوبة هلع - ذعر
Paradoxical Intention	القصد العكسي
Paranoid	فصام
Parent	حالة الوالدية (الأنا الأعلى)
Passions Release	التنفيس الانفعالي
Pastimes	المسلّيات
Patern	صيغة
Penis Stage	المرحلة القضيبية
Perceived Self	الذات المدركة
Persecutory delusion	هذيان الاضطهاد
Personality	الشخصية
Personality Adjustment	الضبط الشخصي
Personality Disorders	اضطرابات الشخصية
Phenomenological	الفينومينولوجيا
Phenomenology	علم الظواهرية
Phobia	الخوف المرضي
Placebo	دواء وهمي
Planning a program of action	تخطيط برنامج العمل
Planning Responsible Behaviors	التخطيط لسلوكات مسؤولة
Plan of psychotherapy	خطة العلاج النفسي

Positive Addiction	الإدمان الإيجابي
Post Traumatic Stress Disorder	اضطراب ما بعد الصدمة
Powerful	فعالة
Practice	تدريب
Pressure	الضغط
Precieness	الدقة والوضوح
Prognosis	التنبؤ
Projection	الاسقاط
Psychoanalysis Theory	نظرية التحليل النفسي
Psychaetrlist	طبيب للأمراض النفسية
Psychiatry	الطب النفسي
Psychoanalysis	التحليل النفسي
Psycho Independence	الاستقلال النفسي
Psychological Clinic	العيادة النفسية
Psychosis	ذهان
Psychosmat	أمراض سيكوماتية - نفسية جسمية
Psychosomatic Disorders	الاضطرابات النفسية الجسمية
Psychotherapist	المعالج النفسي
Psychotherapy	العلاج النفسي
Psychoticism	الذهانية
Preconscious	ما قبل الشعور
Problem Solving	حل المشكلة
Projection	الإسقاط

Punishment

العقاب

R

Rational Emotive Therapy

النظرية العقلية - الانفعالية

Real Self

الذات الحقيقية

Reality

الواقع

Reality Anxiety

القلق الواقعي

Reality Therapy

العلاج بالواقع

Reciprocal Inhiition

الكف المتبادل

Redoctrinizaion

إعادة تكوين المفاهيم

Referral to other personal

التحويل إلى أخصائيين آخرين

Reframing (Relabeling)

إعادة التأطير أو إعادة التسمية

Regeneration

إعادة توليد السلوك

Regression

نكوص

Reinforcers

المعززات

Relaxation

الاسترخاء

Remedial Method

المنهج العلاجي

Repression

الكبت

Resistance

المقاومة

Respondent Conditioning

إشراط المستجيب

Responding to Unhappiness Clients

التجاوب مع تعاسة المسترشدین -

العملاء

Responses

الاستجابات

Responsibility

المسؤولية

Retarded

المتخلف عقليا

Retention	الحفظ
Retroflection	الانثناء
Right	الحق - الصح
Rituals	المجاملات (الطقوس الاجتماعية)
Role	الدور
Role Playing	لعب الدور
Rorschach test	اختبار روشاخ
Sadism	السادية (التلذذ بتعذيب الآخرين)
Sample	العينة
Schizo Affective	فصام وجداني
Schizophrenia	الفصام
Scripts	المخططات
Self	الذات
Self-Actualization	تحقيق الذات
Self-Concept	مفهوم الذات
Self-Conflict	الصراع الذاتي
Self-Esteem	تقدير الذات
Self- Help Group	جماعة العون الذاتي
Self-Instruction	التوجيه الذاتي
Self-Monitoring	المراقبة الذاتية
Self-Talk	حديث الذات أو الحوار الذاتي
Self-Observation	مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية
Semantic Therapy	العلاج بالدلالات اللفظية (العلاج المعنوي)

Sensation	الإحساس
Sever Depression	اكتئاب حاد
Shaping	التشكيل
Shape	شكل
Simplicity	البساطة
Skills	المهارات
Skills Acquisiton & Rehearsal Phase	مرحلة اكتساب المهارات وتكرارها و إعادتها
Social phobia	الخوف الإجتماعي
Social Learning	التعلم الاجتماعي
Social Self	الذات الاجتماعية
Sociodrama	لعب الدور
Soliloquy	فنية مناجاة النفس
Somatoform Disorder	اضطرابات سيكوسوماتية
Somnambulism	المشي أثناء النوم
Specification	التحديد (التعيين أو التفصيل الدقيق)
Spontaneity	التلقائية
Stammering	التأتأة
Stroke	الضربة
Style of Life	أسلوب الحياة
Suicidal Attempt	محاولة انتحار
Super Ego	الأنا الأعلى
Stimulus- Response	المثير والاستجابة
Stress	الشدة النفسية

Stress Inculcation	التحصين ضد الضغوط النفسية
Stressful Situation	المواقف الضاغطة
Sublimaition	التسامي
Suggestion	الإيحاء
Super ego	الأنا الأعلى
Symptomatology	علم الأعراض
Symptoms	الأعراض
Symptom Prescriptions	وصفات الأعراض
Synthesis	التركيب
Systematic Desensitization	التخلص المنظم من الحساسية
T	
The Collective Neurosis	العصاب الجمعي
The Noogenic Neurosis	العصاب الروحي (الفكري)
Theory	نظرية
Tics	العرات أو اللوازم
Token Economy	الاقتصاد الرمزي
Tran sactional Analysis	تحليل التعاملات
Transference	التحويل
Trgression Analysis	تحليل النكوص
U	
Unconditional Regard	التقبل غير المشروط
Unconditioned Stimulus	المثير غير المشروط (الطبيعي)
Unconscious	اللاشعور
Unconscious Processes	العمليات اللاشعورية

Unspecified disorder

اضطراب غير محدد الأعراض

V

Value

قيم

Virtuous Cycle

الدائرة الخيرة

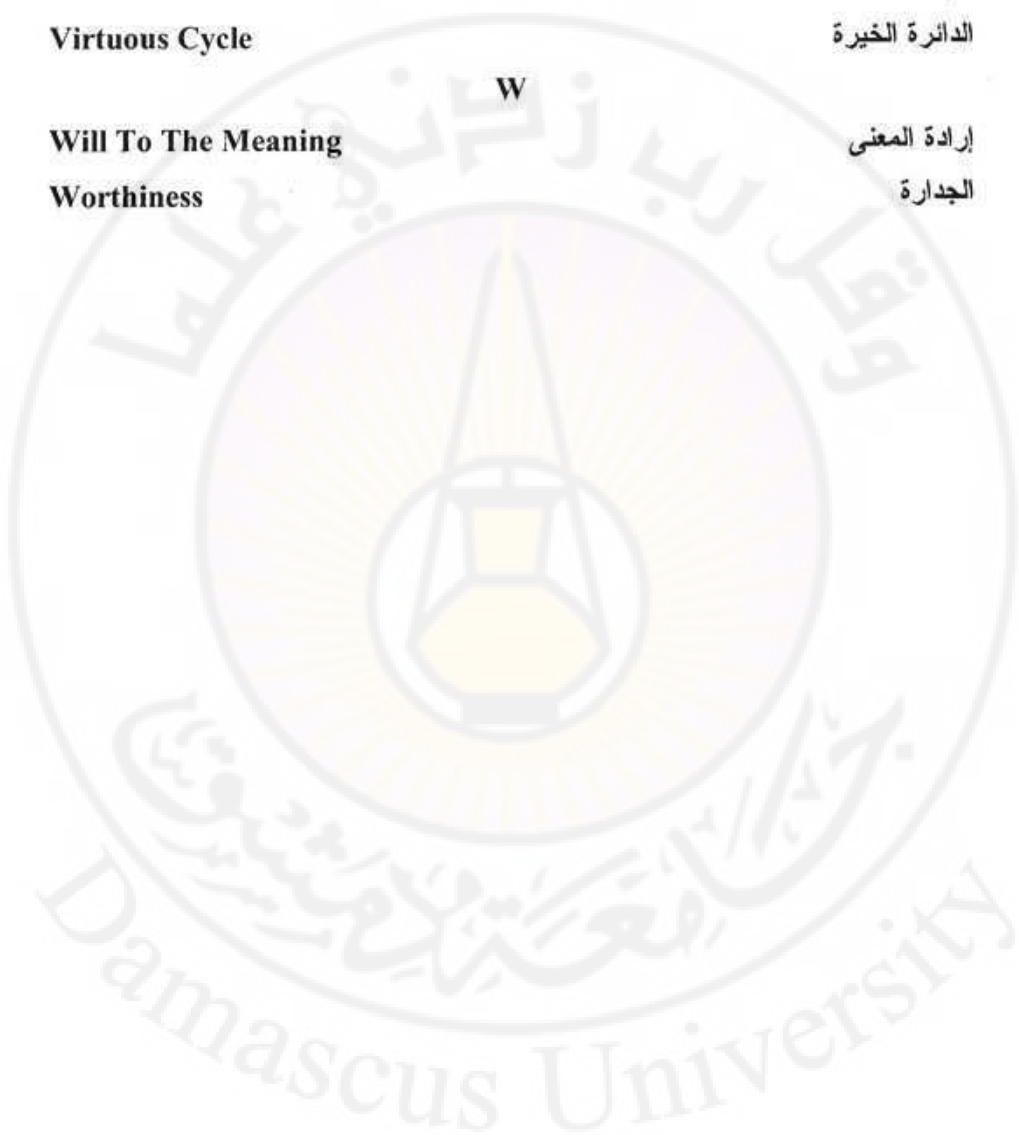
W

Will To The Meaning

إرادة المعنى

Worthiness

الجدارة



المقومون العلميون

أ.د. محمد الشيخ حمود.

أ.د. غسان أبو فخر.

أ.د. أمينة رزق.

المدقق اللغوي

د. يوسف الحاج

حقوق الطباعة والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية

