

العلم والتأخر والتأخر والتأخر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

العلاج السلوكي وتقدير السلوك

الدكتور

لويس كامل مليكة



حقوق الطبع محفوظة

الطبعة الأولى

١٤١٠هـ - ١٩٩٠م

دار القلم للنشر والتوزيع

شارع السور - عمارة السنور - الملاحق الأول
مناقب، ٢٤٥٧٤.٧ - ٢٤٥٨٤.٧٨ - برقياً توريدكو
ص.ب ٢٠١٤٦ المنكاة 13082 الكويت



المحتويات

الصفحة	الموضوع
	الفصل الأول : تاريخ ومفاهيم وأسس
٩	العلاج السلوكي وتعديل السلوك
٣٣	الفصل الثاني : التحليل السلوكي
٤٣	الفصل الثالث : الإشراف الاستجابي
٦٩	الفصل الرابع : الإشراف الإجرائي
١٠٣	الفصل الخامس : النمذجة - تأكيد الذات - الضبط الذاتي
١١٩	الفصل السادس : عملية العلاج النفسي
١٤٧	الفصل السابع : العلاج السلوكي الجماعي
١٦٧	الفصل الثامن : التقارب بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية
١٨١	الفصل التاسع : العلاج العقلاني - الانفعالي
	الفصل العاشر : النماذج المعرفية - نموذج بيك في العلاج
٢٢٥	المعرفي ومناهج أخرى
٢٥١	الفصل الحادي عشر : تطبيقات تعديل السلوك في المدرسة
٢٧٥	الفصل الثاني عشر : تقييم نقدي

مقدمة

نقدم في هذا الكتاب المجموعة الأولى من مناهج العلاج النفسي ، والتي يمكن ادراجها بعامة تحت عنوان : مناهج العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، وقد أضيف إليها حديثا العلاج السلوكي - المعرفي . ويمثل هذا الكتاب امتدادا لكتابنا : « علم النفس الإكلينيكي : التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية » (الجزء الأول) وكنا قد وعدنا القارئ في مقدمته بإصدار الجزء الثاني في العلاج النفسي ، والجزء الثالث في تطبيقات علم النفس الإكلينيكي . إلا أن الجزء الأول أعيد طبعه عدة مرات دون أن يصدر هذان الجزءان الموعودان . وقد حالت دون ذلك ظروف العمل خارج البلاد مع منظمتي الأمم المتحدة واليونسكو لمدة تزيد عن اثنتي عشر عاما . إلا أن العامل الأهم هو أن ميدان العلاج النفسي قد تشعبت مدارسه وتنوعت مناهجه إلى الحد الذي أصبح فيه من الصعب على الباحث والممارس فضلا عن الطالب متابعة هذا التشعب وهذا التنوع . وقد يلحظ القارئ أن قائمة مراجع هذا الكتاب تمتد على مدى الأعوام من ١٩٦٥ إلى ١٩٨٨ .

في ضوء هذه الظروف والعوامل وجدنا أنه سوف يكون نيتا فطيرا ومتعجلا أن نضم في كتاب واحد شتات هذه المدارس والمناهج المختلفة ، وأنه من الأفضل تجزئة العمل حتى يعطى لكل ذي حق حقه ، ولكي يكون عرضنا لهذه المدارس والمناهج شاملا ومتعمقا ومتأنيا يفى بحاجة كل من الباحث والممارس والطالب .

وتكاد تجمع كتابات الباحثين في موضوع العلاج النفسي على تصنيف المناهج العلاجية إلى ثلاث مجموعات كبرى هي : العلاج السلوكي وتعديل السلوك والعلاج السلوكي - المعرفي ؛ والتحليل النفسي ؛ والعلاج النفسي الإنساني - الوجودي . وقد خصصنا هذا الكتاب لعرض المجموعة الأولى ، وسوف يتبعه بإذن الله كتاب في المجموعتين الثانية والثالثة وربما كتاب ثالث يتناول القضايا العامة في العلاج النفسي وموضوعات أخرى مثل العلاج الجماعي وغيره .

وقد هدفنا في الكتاب الحالي إلى أن نقدم للقارئ في اثني عشر فصلا ، مناقشة متكاملة للأسس النظرية وللإجراءات العملية في العلاج السلوكي وتعديل السلوك والعلاج السلوكي - المعرفي ، بصورة تشبع حاجات كل من الباحث والممارس والطالب . وقد بدأنا بعرض الخلفية التاريخية والمفاهيم الأساسية والمنابع الرئيسية التي استمد منها العلاج السلوكي كما يمارس اليوم ؛ أسباب حيويته وتبايناته ، ثم عرضنا في فصل مستقل لكل من المناهج والإجراءات الرئيسية في العلاج السلوكي : التحليل السلوكي والإشراف الاستجابي والإشراف الإجرائي، الممتزجة وتأكيد الذات والضبط الذاتي . ثم خصصنا فصلا لتطبيقات تعديل السلوك في المدرسة وختمنا بعرض نقدي .

وقد حرصنا كل الحرص على أن نقدم للقارئ نماذج حية من فئات أكلينيكية وغير أكلينيكية عديدة ومتنوعة لنشبع قدر الإمكان الحاجات المتباينة والممتدة على نطاق واسع ، مع تذكير القارئ في نفس الوقت بالحاجة الملحة إلى التمسك بمعايير الضبط العلمي والمقارنة مع المدارس والمناهج الأخرى .

لعلنا أن نكون قد وفقنا إلى تحقيق القصد وإلى الوفاء بالوعد وإلى لقاء قريب بإذن الله .

لويس كامل مليكه

الكويت ، نوفمبر ١٩٨٩

الفصل الأول

تاريخ ومفاهيم وأسس
العلاج السلوكي وتعديل السلوك

مقدمة وتعريف :

ظهرت منذ العشرينات كتابات متناثرة عن تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية ، إلا أن تأثيرها في ممارسات الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ظل محدودا حتى الستينات حين برز العلاج السلوكي بوصفه منهجا نظاميا شاملا في العلاج ، وذلك في ثلاثة مواقع هي :

- ١ - أعمال جوزيف فولبي في جوهانسبرج بجنوب أفريقيا ، وقد استخدمت فيها أساسا أساليب بافلوف لإحداث وإزالة العصاب التجريبي في الحيوان . وقد ظهر منها أسلوب « التخلص التدريجي من الحساسية » وهو النموذج الأب للكثير من إجراءات العلاج السلوكي المعاصر في التعامل مع القلق وفي ضوء منبهات يمكن التعرف عليها في البيئة .
- ٢ - أعمال هـ. ج. أيزنك وم . ب . شايرو في معهد الطب النفسي بجامعة لندن . وقد اهتمتا بالمدخل التجريبي الامبيريقى لفهم وعلاج المريض وباستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج .
- ٣ - الأعمال المستوحاة من بحوث ب . ف . سكينر في جامعة هارفارد بتطبيق تكنولوجيا « الاشراف الاجرائي » على المرضى . وقد نشر ما ورار وماورار عام ١٩٣٨ نتائج تجربتهما في « الأشراف الكلاسيكي الاستجابي » في علاج التبول اللاارادي (وسوف نعرضها في مقام تالي) . وفي عام ١٩٤٩ نشر سليتر كتابا في العلاج عن طريق الفعل المنعكس الشرطي . وعلى مر السنين بذلت محاولات عديدة لتصور دور التعلم في العلاج النفسي ومنها محاولات دولارد وميللر ، وروتر وشوين وبياندورا . وقد صاغ لندزلى وسكينر في أوائل الخمسينات مصطلح « العلاج السلوكي » في محاولتهما تعديل السلوك الذهاني ، وذلك بالرغم من أن المصطلح قد استخدمه بصورة مستقلة أ.أ. لازاروس وأيزنك بعد ذلك بفترة .

ومنذ ذلك الوقت ، كان التقدم مدهلا وسريعا ، إذ يوجد في الوقت الحالي مالا يقل عن عشر مجالات علمية متخصصة في هذا المجال بالاضافة إلى العديد من المراجع واللقاءات العلمية ومعاهد التدريب المتخصصة في العلاج السلوكي (٥ ، ص ١٣٦٥) .

وإذا كان العلاج السلوكي قد عرف في الستينات وأوائل السبعينات بأنه تطبيق نظامي لأسس التعلم في تحليل وعلاج اضطرابات السلوك ، فإنه ينظر اليوم إلى هذا التعريف بأنه ضيق ، لأنه ليست كل أساليب العلاج السلوكي مستمدة من مدارس التعلم . ولكن الأمر الأساسي في المدخل السلوكي للعلاج هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهة وبخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات والمركبات العقلية المستنتجة . وإذا كان ينظر في المناهج العلاجية التقليدية إلى المشكلات بوصفها مشكلات داخل الشخص ، فإن العلاج السلوكي ينظر إلى السلوك (داخليا وخارجيا) بوصفه نتاج أحداث البيئة ، وبالتالي فإن البيئة هي غالبا العميل ، ومن ثم يكون التركيز غالبا لا على الفرد الذي يعاني من المشكلات ، ولكن على ما يحدث في بيئة الفرد ، فهي التي تبقى غالبا على المشكلات ، وبالتالي فقد يهدف العلاج إلى إعادة تنظيم المؤسسات التي يرتبط بها الفرد مثل المدرسة والمنزل والمكتب والمصنع بقصد تعديل عواقب سلوكها على الفرد . وتتوسع هذه النظرة في مفهوم العميل ، فالفرد لا يعالج دائما كما لو كان يتعين عليه أن يتوافق مع الظروف المحيطة به . ويحاول المعالج فهم المريض الفرد ومشكلاته من خلال الربط بين هذه المشكلات (الأعراض) والأحداث القابلة للملاحظة سواء كانت ذات طابع فسيولوجي أو بيئوي . وعلى ذلك ، فإن عملية التحليل السلوكي تمثل خطوة حاسمة في تصميم البرنامج العلاجي للمريض ، وهو ما سوف نناقشه في الفصل الثاني .

ويختلف المعالجون أحيانا في تعريفهم لما أصبح يعرف اليوم بمصطلح « تعديل السلوك » behavior modification فيينا يدرج بعضهم تحته كل نماذج وطرق العلاج السلوكي ، نجد أن آخرين ومنهم آلان جولدمستين (٧) يقصر استخدام هذا المصطلح على تطبيقات نموذج سكينر الذي يهتم بالسلوك الملاحظ وبالتغيير عن طريق « التدعيم الإشرافي » والذي يطبق أكثر ما يطبق في العلاج الداخلي في المستشفيات ومؤسسات ضعاف العقول ، بينما يشير مصطلح « العلاج السلوكي » إلى تطبيق نموذج بافلوف الذي يهتم أساسا بالتعلم الانفعالي ويطبق أساسا في العيادات الخارجية في علاقة علاجية فردية لحالات العصاب .

ويستخدم مكبولاس (١٣ ، ص ٢) مصطلح « تعديل السلوك » بوصفه العنوان الأكثر شمولا والذي يشير إلى تطبيق الأسس التي ثبتت فعاليتها تجريبيا على مشكلات السلوك ، وهو يستمد إلى حد كبير هذه الأسس من دراسات - وليس من

نظريات - التعلم والدافعية-، ولكنه لا يقتصر عليها . وحين يستخدم تعديل السلوك في مواقف إكلينيكية ، فإنه يسمى علاجاً سلوكياً أو علاجاً إرشادياً . وفي السنين الأخيرة ؛ درج بعض الكتاب على استخدام مصطلح تعديل السلوك للإشارة إلى أى إجراء تقريباً لتعديل السلوك الإنساني . ولكن ذلك لا يمثل في تقدير مكبولاس استخداماً دقيقاً . فتعديل السلوك ليس مثلاً غسلاً للمخ أو تحكماً في العقل . ولا تستخدم في تعديل السلوك الجراحة ، ولكن قد تستخدم أحياناً بعض العقاقير والصدمات الكهربائية بوصفها عوامل مساعدة للإجراءات السلوكية . والخلاصة ، إن تعديل السلوك هو تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكاً جديداً ، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، وتزداد فيه دافعية العمل للتغيير المرغوب . ونحن بدورنا سوف نستخدم المصطلحين « العلاج السلوكي » و « تعديل السلوك » بمعنى واحد شامل إلا إذا خصصنا في السياق معنى ينطبق فقط على واحد من هذين المصطلحين .

الأصول التاريخية وتطوراتها

أعمال بافلوف :

يرجع الباحثون بعامة أول معالجة علمية لدور الاشرط في المشكلات السلوكية إلى التجارب الأولى لبافلوف (١٨٤٩-١٩٣٦) والتي تبنى فيها النموذج الذى وضعه أب علم الفسيولوجيا الروسى إيفان سيشنوف . ويتمثل منهج بافلوف في التجربة الكلاسيكية المعروفة في تدريب الكلاب على إفراز اللعاب (استجابة شرطية) عند سماع صوت شوكة رنانة (منه شرطى) ، وبعد تكرار سبق صوت الشوكة لتقديم معجون اللحم (منه غير شرطى) . وقد كان اهتمام بافلوف منذ البداية هو في التوصل إلى إجراءات تجريبية لاختبار نموذج الشمولى في فسيولوجيا الجهاز العصبى بحيث يصلح أساساً لفهم الاضطرابات العصبية . وطبقاً لهذا النموذج ، فإن تكوين الأفعال المنعكسة يتأثر بالجوانب البنيوية للكائن العضوى كما يتأثر بظروف البيئة . وكان بافلوف يرى في استثارة القشرة المخية وفي كفها ، وفي التغيرات الأخرى في عمليات المخ أحداثاً رئيسية تكمن وراء الاضطرابات السلوكية الملحوظة في بعض الظروف . فمثلاً ، وجد أنه يمكن إحداث « عصاب تجريبى » في

كلاب التجارب عن طريق خلق نوع من الصراع بين العمليتين الرئيسيتين :
الاستثارة والكف أو في زيادة نشاطهما (٧ ، ص ٢٧) . وقد لوحظ أن سوء التوافق
في سلوك حيوانات التجارب يمكن أن ينتج عن زيادة التأخير بين عرض الإشارة
وتقديم الطعام ، كما يمكن أن ينتج عن استخدام الاستثارة المركزة أو القيام بأعمال
تتزايد في صعوبة ما تتطلبه من التمييز الشرطي أو الاستمرار في تغيير المثيرات الموجبة
والسالبة في عمل شرطي . ونظرا لأن كلاب التجارب لم تستجب كلها بصورة
متشابهة ، فقد استنتج بافلوف نظريا أن الطابع التكويني للجهاز العصبي يحدد درجة
الاستجابة وتحمل المعاناة . وعلى هذا الأساس فقد افترض طرزا مختلفة من الشخصية
لتفسير الفروق الفردية بين الحيوانات في استجابتها للمثيرات المتصارعة - وقد توسع
عدد من زملاء بافلوف في تطبيق النموذج الشرطي الكلاسيكي أو الاستجابي ليشمل
الاضطرابات السيكياترية . ويهتم العاملون بمنهج بافلوف بعامة بالسلوك اللاإرادي
الانفعالي المرتبط بوظائف الجهاز العصبي المستقل .

وفي تجارب بافلوف ، إذا لم يتم التدعيم ، فإن الاستجابة الشرطية تضعف
وتنطفئ ، كما تنزع المنبهات الشرطية إلى أن تعمم فيمكن أن يستجيب الكلب
استجابة شرطية إلى صوت جرس بتردد مختلف . وكذلك فإن طفلا يخاف نتيجة
لوقوعه من دراجة قد يعمم هذا الخوف إلى السيارات وغيرها من المركبات ذات
العجلات وهذه هي الطريقة التي تنشأ بها المخاوف طبقا لنموذج بافلوف . وإلغاء
استجابة الخوف ، يتطلب الأمر اشراطا مضادا . فيتعين أن تعاد الخبرة بموضوع
الخوف (أو التمثيل المتخيل كما سوف نوضح في عرضنا لطريقة فولبي) مرتبطا بمنبه
يحدث الذة . وهكذا تصبح استجابة إيجابية قوية لا تنفق مع استجابة أصلية سلبية
(عصابية) مشروطة لنفس المنبه مما يضعف الاستجابة العصابية - وهذا هو ما
يسميه فولبي « الكف التبادلي » reciprocal inhibition (أو الاشرط
المضاد) .

أعمال ج . ب . واطسون

كان لترجمة كتب بافلوف وبختريف إلى الإنجليزية تأثيره في تبنى استخدام
المنهج السلوكي في دراسة علم النفس في الولايات المتحدة الأمريكية . كما كان لكتاب

جون ب. واطسون : « علم النفس من وجهة نظر سلوكي » (١٩١٩) تأثير هام على النظرية والتجربة في علم النفس الأمريكي ، وبخاصة التجربة الكلاسيكية التي قام بها واتسون وراينر ، واستخدما فيها طفلا وليدا « ألبرت » لتوضيح أن المخاوف متعلمة أو شرطية . في بداية التجربة لم يظهر ألبرت خوفا من فأر أبيض أو أرنب أو كلب أو قرد أو أقنعة ذات شعر وبدون شعر وقطن منفوش ، الخ ... وحين كان عمر ألبرت ١١ شهرا وثلاثة أيام ، قدم له فجأة فأر أبيض ، فبدأ في الاقتراب منه ، وبمجرد أن لمست يده اليسرى الفأر ، صدر صوت مرتفع من الخلف بواسطة جسم معدني ، فقفز الطفل بعنف وسقط إلى الأمام مخفيا وجهه في الفراش ، إلا أنه لم يبك ، وبمجرد أن لمست يده اليمنى الفأر ، صدر الصوت المرتفع مرة أخرى . ومرة ثانية قفز الطفل بعنف وسقط إلى الأمام وبدأ يرتعش . وبعد أسبوع ، حين قدم الفأر للطفل ، تردد في الوصول إليه وكان يسحب يده قبل أن يلمس الحيوان . ثم قدم بعد ذلك تنبيه مشترك جمع بين الفأر والصوت ثلاث مرات كان الطفل يسقط فيها في كل مرة ويعد رأسه وجسمه عن الحيوان ، ولما قدم الفأر فجأة وحده ، احتقن وجهه ألبرت وارتجف جسمه وسحبه بشدة ، وتكرر التنبيه المشترك وظهور الفأر وحده بالتبادل ، وفي هذه الحالة الأخيرة بدأ ألبرت في البكاء وتحول بحدة إلى اليسار وبدأ يزحف بعيدا عن الفأر . وتكررت نفس الاستجابة بعد خمسة أيام ، كما ظهرت نفس الاستجابة حين قدم كلب بمفرده مرة ثم معطف فراء ، وبعد ٣١ يوما لم يتم فيها اتصال مع الموضوعات السابقة ، أظهر ألبرت نفس استجابات الخوف والتي عممت لتشمل موضوعات أخرى مثل أرنب أبيض وقطن منفوش ، الخ . إلا أن الاستجابة لم تعمم إلى موضوعات تختلف في مظهرها عن الفأر .

وقد أصبحت أفكار واتسون وراينر مصدرا للأساليب الرئيسية في العلاج السلوكي بعد فترة كان التأثير المباشر لها في التطبيق الكلينيكي معدوما تقريبا . وقد أوضحت ماري كافر جونز بعد ذلك فعالية هذه الأفكار في إزالة مخاوف الأطفال وبخاصة من خلال إعادة الاشراف المباشر أو الاشراف المضاد ، والتي يرتبط فيها موضوع مثير للخوف مع موضوع سار . وقد تمت تجربة هذه الطريقة مع الطفل « بيتر » حين كان يعاني وهو في الثالثة من العمر من خوف من الأرانب ، ففي اليوم الأول من التجربة ، وبينما كان الطفل يأكل ، أمسك راشد بيده أرنباً في ركن من الحجر ، فلم يظهر الطفل خوفا . وفي كل يوم كان ينقل الأرنب إلى مسافة أقرب

من بيتر بينما كان يأكل . وقد تعلم الطفل الاسترخاء تدريجيا في وجود الأرنب . وفي نهاية التجربة لم يتردد في اللعب معه .

ويلاحظ أن سلوكية واتسون الأولى حاولت أن تختزل كل أفعال الإنسان في صور فيزيقية تتمثل في : المنبه - الاستجابة . فإذا لم يمكن اختزال الظاهرة إلى وحدات تتلاءم مع أنبوية الاختبار ، تصبح الظاهرة ميتافيزيقية وعديمة المعنى . وقد أنكر واتسون وجود الشعور والوعي ورفض التأمل الباطني (التقرير الذاتي) بوصفه طريقة علمية صادقة ، ورأى أن كل أفعال الإنسان تحددها قوى خارجية . وفي ضوء هذه النظرة ، تعتبر طريقة فولبي في العلاج غير سلوكية لأنها تعتمد على عمليات داخلية غير ظاهرة ، وتقارير ذاتية من العميل ولا تقتصر على السلوك الذي يمكن ملاحظته مباشرة .

أعمال سكينر :

يؤكد أتباع سكينر بعامة على السلوك الإرادي الإجرائي والذي يتحكم فيه الجهاز العصبي المركزي ، وفيه يصدر الكائن استجابة أو هو يعمل « إجرائياً » على بيئته . وهكذا تتكون الاستجابات التي تؤدي إلى تدعيم إيجابي أو إلى تجنب عواقب أليمة . فمثلا ، في صندوق سكينر ، قد يقوم الفأر بأشياء كثيرة ، ولكنه حين يضغط على رافعة تسقط قطعة من طعام . وكلما زاد معدل التدعيم ، زاد توتر حدوث الاستجابة الإجرائية (الضغط على الرافعة) ونزول الطعام . وهكذا ، فإن تغير المعدل هو مقياس موضوعي بسيط للتعلم لا يتطلب أي افتراضات عن أنشطة عقلية وسيطة . ولكي ينمي سلوكا أكثر تعقيدا ، فإن القائم بالتجربة « يشكل » shapes السلوك . ويتكون ذلك من تدعيم الاستجابات التي تقرب بنجاح من الاستجابات المرغوبة من قبل القائم بالتجربة . وهكذا ، فإنه حين تصدر عن الكائن استجابات تشبه أو تكون في وجهة الاستجابة المستهدفة ، يعطى التدعيم إلى أن يتشكل هذا السلوك الجزئي في التسلسل المرغوب ، وفي الموقف الاكلينيكي ، فإن المعالج بطريقة سكينر يتنبه للسلوك الذي يرغب في تشجيعه ويدعمه انتقائيا . وبنفس الطريقة قد يدعم سلبيا (يعاقب) السلوك غير المرغوب . فمثلا ، قد يعطى طفل ذهاني قطعة من الحلوى كلما أدى عملا مرغوبا اجتماعيا مثل تمشيط شعر ، أو يعطى صدمة

كهربائية حين يتبون لا إرديا ومن التطبيقات الحديثة لأسس سكينر في علاج المرضى الذهانيين في المستشفيات برنامج «الماركات الرمزية» وهو ماسوف ناقشه في فقرات قادمة .

ويلاحظ أن سكينر يرفض المنطق الفيزيقي المحدود للسلوكيين الأوائل والوظيفية . وهو يقرر أنه في علم السلوك لا يجب تجاهل أى محدد للسلوك مهما كانت صعوبة تقديره - وهو يعترف بدور الأحداث الداخلية في شرح السلوك وبنيته الداخلية ولكنه يتشكك في مركزية الدور الذي تلعبه الاستجابات الداخلية في تحديد السلوك . وهذه الاستجابات مثل الأفكار ليست مستقلة بل هي نتاج تاريخ عمومي من التعلم . ويرفض سكينر أيضا الشروح العقلية والإحيائية animistic للسلوك مثل الأنا وقوى النمو الإيجابية وخفض الباعث أو ميكانيزم الباعث الحسي

وهو يرى أن الفرد يسلك داخليا وأن هذه الاستجابات غير الظاهرة قابلة للشرح باستخدام نفس أسس الاستجابات الخارجية الملاحظة ، ونظرا لأن الشخص قد يكون هو الوحيد الذي يتصل بهذه الأحداث الداخلية ، فإنه يقبل التقارير الذاتية عنها ، والوحدة الأساسية للتحليل في مدرسة سكينر هي الصياغة الثلاثية لشرح أفعال الفرد . فالسلوك الإنساني (الداخلي أو الخارجي) يتأثر بالأحداث السابقة وبالأحداث التي تلي أفعالا معينة . وهذه الأحداث السابقة واللاحقة قد تكون داخل الشخص أو خارجه ، ولكي نفهم لماذا يقوم الفرد بأفعال معينة يتعين أن نلاحظ بدقة الظروف المحيطة بأفعاله .

وقد أسهمت النظرة البيئية في أمريكا في تنشيط التجارب في دراسة عملية التعلم ، فنشأت نظريات جثري ، وهل وتولمان . وقد تبلورت هذه البحوث في أواخر الأربعينات لتقدم أساسا خصبا لسيكولوجية التعلم ولقيام مناهج تعديل السلوك كما تطورت نظرية « المتبه - الاستجابة » (S-R) نتيجة أعمال هل وتلامذته . وقامت على أساس إطار أوسع من النظرية الشرطية الكلاسيكية مدعومة بتصوير متقدم لدور البواعث والصراعات وقوة العادة والثواب في صورة نظرية للتعلم

استعان بها الكثيرون في تفسير العصاب وفي تخطيط العلاج في إطار من التعلم . ومنها محاولات دولارد وميللر وفولبي ، وباندورا وروتر وميشيل وماورار وغيرهم . وسوف نشير إلى هذه المحاولات بعد أن نلخص أهم المفاهيم الأساسية التي يستند إليها العلاج السلوكي ، والافتراضات حول الطبيعة الانسانية ونظرية الشخصية .

الإشراط الكلاسيكي

المنبه الذي سبق أن توفرت له إمكانية استثارة استجابة (منبه غير شرطى) يقدم في تلازم زمنى وثيق مع منبه محايد لا يستثير عادة أى استجابة ، أو يستثير في بعض الحالات استجابة مختلفة ومع تكرار المزاوجة بين المنبه غير الشرطى والمنبه المحايد ، فإن هذا الأخير يكتسب القدرة على استثارة استجابة شبيهة بتلك التي يستثيرها المنبه غير الشرطى . وعند هذه النقطة ، يسمى منبه شرطيا . وحين تظهر مثل هذه الاستجابة ، فإنها تسمى استجابة شرطية ففى حالة ألبرت ، يشكل الصوت المرتفع منبه غير شرطى . وتمثل الاستجابة غير الشرطية في مركب من مكونات ملحوظة من الخوف ، والمنبه الشرطى هو الفأر ، والخوف الجديد المستثار من الفأر يمثل الاستجابة الشرطية .

ومن التطبيقات المبكرة للإشراط الكلاسيكي تجارب ماورار وماورار (١٣) ، ص ٢٩) التي سبقت الإشارة إليها ، ونظرا لأهميتها التاريخية والعلاجية ، فإننا نعرض لها بشيء من التفصيل . ذلك أن التبول اللاإرادى مشكلة قد تؤثر في أطفال كثيرين في كل الأعمار . ففى الولايات المتحدة الأمريكية مثلا يقدر نسبة من يعانون من هذه المشكلة في سن السادسة بعشرة في المائة . والتبول اللاإرادى فضلا عن كونه مشكلة فإنه يؤدي إلى مشكلات أخرى مثل القلق والشعور بالذنب . ومن الأسباب الممكنة لبعض حالات التبول اللاإرادى صغر طاقة مثانة الطفل وضعف نمو العضلات المرتبطة بها لدرجة تضطر الطفل إلى التبول عددا كبيرا من المرات ليلا ونهارا . ولذلك يتضمن العلاج غالبا تعليم الطفل أن يزيد من طاقة مثانته عن طريق مكافأته خلال النهار للاقلال من عدد مرات التبول ، وقد يكون التبول اللاإرادى في حالات قليلة بسبب القلق الزائد لدى الطفل . ومن ثم ، فإن الاقلال من قلقه يقلل من التبول اللاإرادى ، ولكن أكثر الطرق شيوعا في علاج التبول اللاإرادى هو « الجرس والوسادة » أو « جرس الإنذار بالتبول » ، وهو الجهاز الذي ابتكره ماورار

وماورار . وتتلخص فكرته في أن الدلائل (أو الهاديات) cues الداخلية الصادرة عن المثانة والعضلات المرتبطة بها تكون ضعيفة إلى الحد الذي تعجز معه عن إيقاظ الطفل ليلاً كي يتوجه إلى المرحاض قبل أن يبلى فراشه ، وتستخدم في العلاج وسادة مصنعة خصيصاً بحيث أنها حين تبلل ، ينطلق صوت جرس أو منبه يوقظ الطفل - ويبدأ الطفل في كف التبول حين ينطلق صوت الجرس . ونظراً لأن زيادة التوتر العضلي (منبه شرطي) يسبق التبول والجرس (منبه غير شرطي) الذي يوقظ الطفل ويكف التبول (استجابة غير شرطية) ومن ثم ، فإنه بفعل الإشراف الكلاسيكي ، فإن التوتر العضلي وحده سوف يوقظ في النهاية الطفل ويكف التبول ، وهي طريقة سريعة وفعالة نسبياً وتتفق اتفاقاً جيداً مع التدريب على زيادة طاقة المثانة ، وكذلك استخدمت بنجاح مع الراشدين الذين يعانون من التبول اللاإرادي . وهناك شروح أخرى لطريقة عمل الجهاز ومنها مثلاً أن الطفل يتعلم الاستيقاظ لتجنب سماع صوت الجرس أو المنبه . وقد أدخل آزرين وسنيد وفوكس (١٣ ، ص ٢٩) تحسينات على هذه الطريقة عن طريق إضافة التدريب على التحكم في الكف ؛ والإثابة على التبول الإرادي ، والتدريب على الاستيقاظ السريع وزيادة تناول السوائل لزيادة معدل الاستجابة والتصحيح الذاتي لما قد يحدث ، الخ . وهم يقررون أنه أمكن إنقاص التبول اللاإرادي بعد ليلة واحدة من التدريب المكثف .

الإشراف الإجرائي :

في هذا الإجراء يحدث التعلم من خلال تسلسل مختلف من الأحداث . ويتمثل العنصر الأساسي المميز بين الإشراف الكلاسيكي والإشراف الإجرائي في أنه في هذا الأخير ، يتبع المنبه غير الشرطي سلوكاً سبق تحديده حين يحدث تلقائياً . وهكذا ، فإن تقديم المنبه غير الشرطي يتلازم مع حدوث استجابة . وفي مثل هذا الإجراء ، يسمى المنبه غير الشرطي منبه مدعماً أو تدعيماً . ومن الأمثلة البسيطة لهذا الإجراء تزايد معدل ضغط الفأر على الرافعة حين يتبع الطعام (تدعيم) بثبات وفورياً ، الضغط على الرافعة .

الإنطفاء :

بعد أن تتكون استجابة شرطية ، فإنها تكون عرضة - إلا تحت ظروف خاصة - للإزالة عن طريق التقديم المتكرر للمنبه الشرطي من غير أن يلزمه المنبه غير

الشرطى أو من خلال الأداء المتكرر للاستجابة دون تدعيم . فالاستمرار في تعريض ألبرت للفأر دون أن يصاحبه صوت مرتفع ، أو عدم الربط بين تقديم الطعام للفأر وضغط الرافعة سوف يؤدي في كل حالة إلى انطفاء الاستجابة الشرطية .

الانطفاء غير الظاهر : Covert Extinction

هو الذى يحدث من خلال تخيل صور ، وقد عالج جوستام وميلين (١٣) ، ص ٣٢) أربع نساء كن يتعاطين الأمفيتامين من ٣ إلى ٥ مرات فى اليوم (١٠٠ - ٢٠٠ مجم) . وقد طلب المعالجان منهن تخيل مواقف تقوم كل واحدة منهن بحقن نفسها وتخيّل أنها لا تحس بأى تأثير للعقار . وبعد أسبوع من بدء هذا العلاج (١٠٠ محاولة) وجد نقص فى تأثير العقار حتى بعد الحقن الفعلى . وفى متابعة بعد تسعة شهور انقطعت ثلاث منهن عن تعاطى الأمفيتامين . ويرى مكيبولاس أن الأساليب التى تتبعها علاجات أخرى كثيرة مثل التحليل النفسى وعلاج « الصرخة البدائية » primal scream therapy هى فى حقيقتها انطفاء استجابى رغم أنه لا يطلق عليها هذا الاسم ، ومن ذلك تشجيع العميل على أن يجيأ ذكرياته الأولى دون حظر من المعالج أو أن يجرى العملاء يتحدث كل منهم عن مشاكله التى تسبب التوتر فى جسمه ، والجماعات الثنائية من عميلين يحدث كل منهما الآخر عن مشاكله ، وبعض صور التأمل ، الخ .

التعميم :

حين تشرط استجابة لمنبه شرطى معين ، فإن منبهات مشابهة للمنبه الشرطى . سوف يكون لها القدرة على استثارة الاستجابة الشرطية . ويطلق على هذه الظاهرة مصطلح « تعميم المنبه » . وتختلف قوة الاستجابة طبقا للتشابه بين المنبه المعمم والمنبه الشرطى . فكلما قل التشابه كلما زادت قوة الاستجابة ضعفا . وقد تحققت تجريبيا إمكانية ظاهرة التعميم فى كل صور التعلم بما فى ذلك الاستجابات الانفعالية الشرطية والتعلم الحركى والتعلم اللفظى . ففى إحدى تجارب التعلم السيمانتيقى (٧) ، ص ٢١٥) كانت تقدم للأفراد قائمة من الكلمات ، إلا أن كلمة واحدة فقط هى « بقرة » كانت تتبعها صدمة كهربائية . وقد أوضحت التجربة عن طريق قياس معدل نبض القلب أنه بعد الاشرط ، فإن الكلمات « الريفية » الأخرى فى القائمة

مثل الجرار والمحراث ، الخ . استثارت أيضا نفس الاستجابة الإشرافية بعكس الكلمات غير الريفية . وكذلك تتجنب المنبهات التي تشرط لمنبهات غير شرطية وغير سارة أو مؤلمة . وتقدم مثل هذه التجارب في تقدير جولدستين تعريفا إجرائياً لمفهوم « الكبت » يسمح بدراسة أبعاده . وحين يطبق إجراء الانطفاء على منبه معمم ، فإن الانطفاء يحدث بسرعة أكبر من الانطفاء لمنبه شرطي . وكلما بعد المنبه عن مدرج التعميم ، أى كلما زاد عدم تشابهه مع المنبه الشرطي الأصلي كلما زادت سرعة الانطفاء . فإذا أعاد القائم بالتجربة - بعد انطفاء الاستجابة لمنبه معمم - تقديم المنبه الشرطي الأصلي ، فإنه سوف يجد أن الاستجابة الشرطية قد ضعفت . وتسمى هذه الظاهرة « تعميم الانطفاء » وهي ذات أهمية كبيرة في الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في إطفاء السلوك العصبي .

الافتراضات حول الطبيعة الإنسانية :

يرى هولاندر وكازاوكي (٨) أن كثيرين يخطئون في اعتقادهم أن السلوكية تختزل السلوك الإنساني إلى مجرد استجابات شرطية لمؤثرات خارجية . فالإنسان قادر على تقويم العائد والتكلفة لأداء سلوك معين في ظروف مستقبلية ، وأن يؤجل الفعل بناء على تقديم معرفي لعواقب عاجلة أو آجلة ، وهو نوع من الاستبصار . ونحن نؤثر في الحياة كما نتأثر بها . ولا تعارض في النظرية السلوكية بين « الحتمية » و « الحرية » في السلوك . فالحرية ليست غياب الضوابط أو القيود الخارجية ، ولكنها تعني توفر جوانب الضبط الذاتي للسلوك الإنساني . ولدى الناس قدر من الحرية للفعل حتى إذا كان الضبط الذاتي نفسه يتحدد بظروف خارجية مسبقة . ولا تعارض في تقدير هولاندر وكازاوكي بين النظرية السلوكية والنظرية الإنسانية . وهو رأى يتفق مع مفهوم ثوريسين في « الإنسانية السلوكية » وسوف نعود إلى مناقشته في الفصل الثاني عشر .

نظرية الشخصية :

الشخصية في الإطار السلوكي هي تجريد يقوم على أساس استنتاجات من عينات ملحوظة من السلوك في مواقف الحياة المختلفة . ولا يمكن فهم الشخصية الفردية بعيداً عن أنماط استجابات الفرد والتفاعل بينها وبين العواقب البيئية . ويمكن

فهم الشخصية في ضوء مهارات العلاقات الشخصية والمؤثرات البيئية وتاريخ التعلم الاجتماعي السابق . وليس من الضروري افتراض ديناميات كامنة مثل الدفاعات والبواعث أو السمات لفهم الشخصية . ويصعب في ضوء النظرية السلوكية وصف الشخص بأن لديه سمة العدوان مثلا ، بمعنى أن هذه السمة تظهر في كل المواقف أو أنه اكتسبها ، والتقييم السلوكي الدقيق هو الذي يكشف عن الظروف المحددة التي تحدث فيها هذه الخصائص للشخصية وتلك التي لا تحدث فيها . ولكن ذلك لا يعني انكار وجود اتساق في السلوك ، إلا أن هذا الإنسان ينظر إليه بوصفه نتاج تواريخ تعلم معينة .

وقد بذلت محاولات لبناء نظرية شاملة في الشخصية في إطار المدرسة السلوكية ونظريات التعلم - وسوف نكتفي بالإشارة إلى بعض هذه المحاولات .

(١) دولارد وميللر :

حاول دولارد وميللر في كتابهما « الشخصية والعلاج النفسي » الربط بين نظرية التعلم ونظرية التحليل النفسي ، وقد تمسكا بمفاهيم فرويد الأساسية مثل « النشوء السيكو - جنسي » والبواعث الفطرية والميكانيزمات الدفاعية ، ولكن تفسيرهما لهذه المفاهيم اعتمد أساسا على مفاهيم نظرية التعلم في الارتباط بين المنبه والاستجابة . فمثلا ، ينظر إلى القلق بوصفه باعثا شرطيا أو متعلما ، والكبت بوصفه دفاعا يوصف بأنه استجابة نشطة لتجنب التفكير فيما يثير القلق باستخدام التشتيت المعرفي والاستراتيجيات المحرفة . والطرح هو حالة خاصة من تعميم الاستجابة تحدث حين يستجيب الفرد باستجابة مشابهة لشخص معاصر أو لشخص مشابه سابق . وقد تعمم الاتجاهات والاستجابات نحو الوالدين إلى المدرسين والأصدقاء والقرين بسبب تشابه خصائص المنبه . وقد رفض دولارد وميللر فكرة فرويد عن الارتباط الرمزي بين الوالدين والمدرسين مثلا وقدرا أن التشابه في ملامح المنبه الظاهر بين هاتين الفئتين والمكانة الاجتماعية التي ينسبها المجتمع لهما كافية لشرح ظاهرة التوحد - ولم يقبل دولارد وميللر النظر إلى الصراع بوصفه معركة بين الهو والأنا والأنا الأعلى ونظرا إلى الصراع بوصفه نتاجا للسعي المتبادل وراء أهداف مائة تتساوى أو تتقارب في قوتها والحاجة إلى القيام باختيار جبرى . وقد صنفا الصراع إلى أنواع معينة طبقا لما إذا كانت الأهداف تستثير تقاربا أم تجنبيا .

(٢) فولبي :

ركز فولبي على دراسة الشخصية العصابية وافترض أن العصاب هو عادة متعلمة تنسم بالمثابرة من الاستجابة بقلق لا عقلاى لمواقف لا تشكل خطرا أو تهديدا حقيقيين . ويحدث هذا التعلم من خلال إشراف كلاسيكى ، إذ يحدث منه محايد أصلا فى ارتباط زمنى بموقف قلق متطرف . ومن خلال التعلم الارتباطى يكتسب المنبه المحايد الخصائص التى تثير الخوف . وتسمى النتيجة خوفا شرطيا . ويحدث بعد ذلك تجنب متعلم . ويحاول الفرد تجنب المنبه المتعلم المثير للخوف سواء كان فيزيقيا أو متخيلا . ويمنع التجنب المتعلم الفرصة لمواجهة الخوف المتعلم لإزالة الحساسية نحوه . ويعالج السلوكيون حالات كثيرة لمخاوف هى نتيجة خووف شرطى من منبهات محايدة أو سارة أصلا مثل الماء والكبارى والظلام والمنزل والنوم والجمهور والتى تكونت نتيجة ارتباط زمنى بأحداث صدمية .

(٣) باندورا وروتر وميشيل :

اهتم هؤلاء الثلاثة اهتماما كبيرا بالمعرفيات السلوكية فى دراستهم للشخصية ، واهتماما أقل بدور التدعيم فى نظرياتهم ، ويرى باندورا أن الشخصية هى أساساً نتاج التمدجة والتقليد فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة . وقد درس باندورا فى بحوث مستفيضة وشاملة خصائص النموذج وإدراكه وعواقب ملاحظته تحت ظروف أداء مختلفة ، وخلص إلى أن التماذج ذات المكانة العالية والتى تدرك بوصفها حانية يغلب أن تقلد .

ويتوقف السلوك الذى يقلد على العواقب الملحوظة للنموذج . فمثلا ، إذا لاحظ طفل زميلا له فى الدراسة أكبر سنا وأكثر احتراما ، ينخرط فى أعمال عدوانية ويعاقب عليها بشدة ، فإن الفرصة تكون قليلة لتقليد هذا النموذج . وكذلك وجد باندورا أن الاتجاهات والتوقعات وحتى الاستجابات الانفعالية يمكن تعلمها دون حاجة إلى أن يخبر الملاحظ أى عواقب مباشرة . وهكذا يسهل فهم كيف تنشأ لدى الطفل مخاوف مرضية إذا كان أبوه يعانى منها من غير حاجة حتى إلى خبرة العواقب ذاتها .

أما روتر فإنه اهتم بالبيئة ذات المعنى أو ذات الدلالة ، بوصفها المفهوم الأساسي في نظريته في الشخصية فالفرد لا يتأثر بالبيئة كما هي ولكن بالبيئة كما يدركها. إدراكا فريدا . وكذلك افترض روتر أن حدوث السلوك ليس وظيفة فقط لطبيعة التدعيم ولكنه أيضا وظيفة الاحتمال المتوقع بنتائج ناجح . فمثلا ، تتوقف مطالبة موظف بعلاوة على توقعه النجاح في تحقيق مطلبه بنفس قدر الرغبة في التدعيم . فإذا كان هدف الحصول على العلاوة مهماً جداً بينما كان توقع الحصول عليها منخفضاً جداً ، فإن الموظف يغلب أن يقرر عدم بذل الجهود وعدم تقديم الطلب .

وطبقا لميشيل ، فإن الأفراد يختلفون في قدراتهم على امتصاص المعلومات من المصادر المختلفة . وحين تمتص المعلومة ، ترمز ويصبح الحدث الملحوظ ذا معنى . وقد درس ميشيل متغيرات أخرى للشخصية ومنها القيمة المدركة للهدف والنتيجة المتوقعة والقدرة الذاتية التنظيمية .

ويلاحظ أن منهج التعلم الاجتماعي في السلوكية المعاصرة لا يتصور السلوك في ضوء ثلاثية سكينر ولا يستخدم السمات والدوافع والبواعث التي يستخدمها السلوكيون التقليديون ، ولا يرفض دلالة العمليات والأحداث الداخلية ، ومن وجهة نظر التعلم الاجتماعي ينظر إلى أفعال الفرد على أنها تنتظم عن طريق ثلاث عمليات رئيسية هي : ضبط المنبه ، والضبط الداخلي الرمزي ، وضبط الناتج . وتشكل استجابات الشخص الرمزية غير الظاهرة محورا رئيسيا في نظرية التعلم الاجتماعي . كما يميز بين اكتساب السلوك (تعلم) وبين أدائه - وتلعب العملية الرمزية الحسية الدور الرئيسي في تعلم السلوك الجديد بينما تحدد عوامل التدعيم الخارجية (العواقب أو النتائج) ما إذا كان التعلم يمارس بعد ذلك في الأداء . وينظر إلى التدعيم بوصفه أساسا إمدادا بالمعلومات وحافزا . ويمكن للفرد أن يتعلم دون أداء ظاهر ودون تدعيم مباشر . وينظر السلوكيون الاجتماعيون إلى الفرد بوصفه كائنا ديناميا متغيرا وليس مجرد فرد سلبي يستجيب لاستجابات دائمة - وتتأثر الأفعال الداخلية والخارجية لكل شخص بالخبرات المعينة الحاضرة ، والسلوكية المعاصرة أبعد من سيكولوجية سكينر باهتماماتها الفيزيقية وأبعد بكثير من السلوكية التقليدية التي تهتم بخفض الباعث وتجارب الحيوان . ويلخص ثوريسين (١٨) بعض الخصائص الرئيسية للسلوكية الراديكالية المعاصرة ولمنهج التعلم الاجتماعي فيما يلي :

(١) نظرة موحدة للفرد ونبذ لثنائية نظرية العقل - الجسم .

(٢) اعتقاد بأن الأحداث العامة أو الملاحظة تتشابه وظيفيا مع الأحداث الخصوصية أو غير الظاهرة وأن النوعين من الأحداث يتأثران بنفس عمليات وأسس التعلم .

(٣) اعتقاد بأن السلوك يتحدد أساسا بالبيئة المباشرة بما فيها البيئة الداخلية للفرد .

(٤) استخدام الطرق العلمية التي تهتم بالملاحظة المنظمة وضبط السلوك بما في ذلك الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي .

(٥) نبذ الشروح الداخلية « العقلية » للسلوك .

(٦) نبذ استخدام العناوين المبنية على أساس « السمة - الحالة » مثل : « انطوائى » لوصف الشخص ، وذلك على أساس الاعتقاد بأن الفرد يوصف أحسن ما يوصف ويفهم أحسن ما يفهم عن طريق دراسة ما يفعله في المواقف المعينة .

نظرية أيزنك في الشخصية :

قام أيزنك بجهد كبير في محاولة تعريف عوامل الشخصية من خلال التحليل العاملى لسلمات مثل : القهرية ، الاجتماعية ، الاستجابية ، الاكتئاب والجمود . وقد استخلص مفاهيم من الدرجة الثانية هي : الانطواء - الانبساط (E) ، والعصائية (N) ، وهو يرى أن العصائية تشير إلى ميل إلى سلوك عصائى ولكنها لا تتماثل معه ، بحيث أن شخصا مرتفعا في الدرجة على العصائية ولكنه قد لا يقوم بسلوك عصائى إذا لم يكن قد واجه معاناة في حياته . ويرى أيزنك أن عوامل (E) ، (N) ترتبط بالتصنيف السيكياترى بالصورة التالية : يغلب أن تتميز اضطرابات الوهن والاكتئاب dysthymic بارتفاع الدرجات على (N) وانخفاضها على (E) (الانطوائى العصائى) ، ويغلب أن يتميز السيكوباتى وأنواع معينة من المجرمين بارتفاع الدرجات على كل من (N) ، (E) (الانبساطى العصائى) ، وترتفع درجات الهستيرى على (N) وتكون متوسطة على (E) . وتقوم هذه العلاقة على أساس فروق تكوينية ، ومن ثم فإن كلا من (E) ، (N) يعتبر خصائص شبه دائمة للفرد . وتوضح دراسة تتبعية قام بها بيرت (فى ٧ ، ص ٢١٤) هذه العلاقات - فقد قدر المدرسون ٧٦٣ طفلا على كل من (E) ، (N) وقد وجد أن ١٥٪ منهم أصبحوا من معتادى العدوان ، ١٨٪ من العصائيين ، وفى متابعة بعد ثلاثين عاما ، وجد أن ٦٣٪ من أفراد الفئة الأولى قدروا بدرجات مرتفعة على (N) ، ٥٤٪ على (E) ، ولكن ٣٪ فقط كانوا قد حصلوا على

درجات مرتفعة على (I) (الانطواء) . ولكن من العصابين حصل ٥٩٪ على تقديرات مرتفعة على (N)، ٤٤٪ على تقديرات مرتفعة على (I) ولكن ١٪ فقط حصل على درجات مرتفعة على (E) .

ويستند كل من (N) و (E) إلى بنیان فسيولوجى يمكن تعيينه ، فالسلوك العصابى والانبساطى هما نتاج التفاعل بين الخبرة والاستجابات الفردية التى تعمل هذه الأبنية الفسيولوجية بوصفها مجالا وسيطا لها .

وطبقا لنظرية أيزنك فإن الفروق الفردية فى عتبات تنبيه الدماغ الحشوى هى المسؤولة عن الفروق فى (N-E) . فالذين ترتفع درجاتهم على (N) يكون لديهم جهاز مستقل أسهل استثارة مع نزعة إلى بطء فى انطفاء هذه الاستثارة . ويتميز الانطوائيون بحالة مرتفعة من الاستثارة القشرية والانبساطيون بحالة منخفضة . وتؤدى هذه الحالات إلى ارتفاع الاستثارة وانخفاض الكف فى الانطوائيين وإلى انخفاض الاستثارة وارتفاع الكف فى الانبساطيين (يؤدى الكحول إلى انخفاض النشاط القشرى ولكنه يقلل من كف السلوك) . (٧ ، ص ٢١٥) .

أعمال ماورار :

لا يتفق ماورار (١٤) مع التفكير الفرويدى السائد ، فالعصابى فى نظر ماورار لا يسلك مسلكا غير مسؤل لأنه مريض ، ولكنه مريض ويشعر شعورا سيئا لأنه يسلك مسلكا سيئا غير مسؤل . أى أن مشكلة الفرد « المريض » لا تكمن فى انفعالاته ولكن فى سلوكه ، ويفترض ذلك أن السيكوباثولوجيا تتضمن ذنبا حقيقيا يتولد عن أفعال يقوم بها الفرد ولا تقرها جماعته المرجعية ويخشى أن تكتشف . والإنسان لديه القدرة على الاختيار ، فإذا اختار السلوك السيئ ، فإنه يملك أن يختار بين أن يخفى ذلك أو يكشف عنه . ومن الواضح أن الإنسان لا يستطيع اختيار انفعالاته أو ضبطها مباشرة أو إرادياً . فإذا توفر المنبه الشرطى المناسب ، فإن هذه الانفعالات تحدث أوتوماتيكيا وعن طريق الفعل المنعكس ، وعلى ذلك فإن موضوع الضبط والاختيار يكون فقط على مستوى السلوك الإرادى الظاهر . وجوهر العلاج السلوكى فى نظر ماورار هو فى تغيير السلوك الذى أدى بالفرد أصلا إلى المتاعب وتغيير ما كان يفعله الفرد منذ ذلك الوقت للتخلص من متاعبه أو أعراضه ،

ويتشكك البعض في مفهوم الاختيار أو الإرادة حتى بالنسبة للسلوك الظاهر أو الأدائي ، وذلك في ضوء سيكولوجية المنبه - الاستجابة ، والتي تفترض أن منها معينا يتعين أن يستجيب له الكائن باستجابة وهي التي يحدث أن تكون الاستجابة الشرطية المباشرة أو المرتبطة بالمنبه . ولكن ماورار نتيجة أدلة تجمعت لديه يؤكد أن المنبه لا يستثير أو يسبب استجابة سلوكية بالأسلوب المتضمن في النظرة الارتباطية بين المنبه والاستجابة أو الفعل المنعكس . وقد يوحى منه (أو يقدم الصورة أو الذاكرة) باستجابة معينة ، ولكن واقع أن المنبه موجود لا يعنى أبدا أن الفرد يتعين أو « يرغم » على إحداث استجابة معينة أو إحداث أى استجابة على الإطلاق ، فذلك يتوقف على آمال ومخاوف تتحدد بخبرات الفرد الكلية ومعارفه وأهدافه أى باختصار بخلقها .

ويخلص ماورار من ذلك إلى ان النموذج الانعكاسى - الارتباطى الذى افترضه بافلوف وواتسون وثورنديك نموذج ناقص لا يتطابق مع الواقع الذى يفترض أن يمثله ، ويتعين إقامة نموذج يعترف على الأقل بواقع العمليات الوسيطة و « العادات » ذات المستوى الأعلى . ويقرر ماورار أن الانعكاسيين الروس يتحدثون عن « نظام الإشارة الثانى » والذى يجعل من الممكن الموازنة المقصودة بين الإمكانيات والبدائل ، وتقدم هذه النظرة الحل للصراع بين « الحتمية » *determinism* و « الغرضية » *teleology* بل إنه في ضوء هذه النظرة يكون من الأفضل استخدام مصطلح إريكسون « أزمة الهوية » *identity crisis* بدلا من العصاب والذهان ، ذلك أن الفرد يختار سلوكا اجتماعيا غير مقبول ثم يخفيه أو ينكره ، أى أنه يرفض أن يعلن هويته أو ينكرها عن الآخرين . وإذا استمر ذلك فسوف يأتى اليوم الذى لن نستطيع أن نعرف أنفسنا ، وهذه هى حالة اللاوجود السيكولوجى أو القلق (أو الفراغ الوجودى أو اللامعنى بلغة فرانكل) ، وهو ما نسميه العصاب أو الذهان . ويرى ماورار أنه من الأفضل التحدث عن الأعراض بوصفها « دفاعات » لا ضد الخوف من عودة دفاعات الجنس والعدوانية كما افترض فرويد ، ولكن ضد خطر معرفة الآخرين بالذنوب السرية ، وضد الخبرة الذاتية بانفعال الذنب من جانب الفرد نفسه . ويخلص ماورار من ذلك إلى أنه لا توجد إمكانية لعلاج نفسى ناجح للعصاب إذا كان خصوصيا ، لأن الخصوصية والسرية والتغطية هى جوهر المرض . وهو يرى أن العلاج الناجح والعقلانى هو العلاج السلوكى الذى يتضمن اعترافا بدلا من

الإنكار ، للآخرين الهامين في حياة الفرد بما هو حقيقة ، وإصلاح الانحرافات والأخطاء السابقة . ولا يستبعد ماورار احتمال أن ترجع فائدة التداعى الحر في التحليل النفسى إلى أنه قد يكون نوعا من الاعتراف وبداية الانفتاح الذى قد يمتد إلى أشخاص آخرين هامين في حياة المريض ، وليس إلى أنه يقدم المعلومات اللازمة للعلاج كما يرى أنصار التحليل النفسى .

ويرى ماورار أن نجاح طريقة فولبى في العلاج يمكن تفسيره على أسس أخرى غير ما يفترضه . ويذكر مثالا لذلك حالة مستر « س » التى عالجها فولبى . وكان مستر « س » يعانى من عنة جنسية . وقد ضاق ذرعا بطول مدة العلاج التحليلى . وقد استدل فولبى على نجاح طريقته في العلاج بأن المريض استعاد قدرته الجنسية مع فئاته حين تزوجها . ولكن ماورار يقدر أن ذلك دليل على أن مستر (س) قد تحرر من شعور الذنب الذى كان يعطل قدرته الجنسية . ولكن هذا الدليل غير كاف لأن مستر (س) كان أيضا غير ناجح جنسيا مع زوجة سابقة اضطر إلى الطلاق منها .. وفى تقدير ماورار فإن ما يسميه فولبى نجاحا علاجيا قد لا يكون أكثر من اختفاء أعراض معينة على حساب انهيار فى الخلق . وقد ذكر شيكل حالة بائع متجول كان يعانى من عنة جنسية مع كل النساء عدا زوجته ، فهل كان من الممكن تسمية إزالة « العرض فى هذه الحالة نجاحا علاجياً ونصرا خلقياً ؟ » ويرى ماورار أنه لا جديد فى أعمال فولبى وأيزنك وإزالة الحساسية ليس أكثر من مجرد اسم آخر للانطفاء و « الاشرط التنفري » كما يستخدم فى علاج الكحولية هو صورة من صور الاشرط المضاد .

العناصر المشتركة فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك

١ - يطبق العلاج السلوكى وطرق تعديل السلوك اليوم فى عدد من المجالات أكبر مما تطبق به معظم الطرق العلاجية الأخرى . ويرجع ذلك إلى افتراض أن معظم أفعال البشر ، سوية أو لا سوية ، هى سلوك متعلم ، ومن ثم يمكن تعديلها باستخدام أسس التعلم إذا توفرت الظروف الملائمة للتغيير . أى أن طبيعة المشكلة لن تضيق من نطاق استخدام هذا المنهج ، ولكنها تؤثر فى اختيار الطريقة المعينة للعلاج . فمثلا ، تعتبر عادات الذاكرة والسلوك المشاغب فى الفصل ، والقلق والتحدث بالفاظ خلطية .. تعتبر كلها سلوكا

قابلاً للتغيير . إلا أنه بالنسبة لكل مشكلة ، يتعين على المعالج أن يختار طرقاً مختلفة بعد التأكد من الظروف التي يقع فيها السلوك ، وتأثير هذا السلوك على بيئة المريض وعلى نفسه ، والمصادر المتوفرة لدى الاكاديمي لتغيير السلوك ، وهي كلها عمليات تربوية تشمل إعادة تنظيم بنية العميل أو تدريبه تدريباً مقصوداً على إعطاء استجابات جديدة أو تغيير ذخيرته من عمليات الضبط اللفظي أو تغيير دوافعه . وفي كل الحالات ، فإن التدخل العلاجي يهدف إلى تيسير التعلم الجديد .

٢ - تنطبق نفس مفاهيم التعلم المستخدمة في تفسير السلوك السوي على السلوك الذي يصنف بأنه لا سوي . والفرق الوحيد يرتبط بمضمون التعلم وليس بعملية التعلم . فالسلوك اللاسوي هو الفشل في تعلم مهارات التعامل مع البيئة أو تعلم السلوك غير المناسب .

٣ - السلوك المشكل قد يكون : (أ) تزيدياً مثل الطقوس القهرية ، الاستعراء ، الهلاوس ، ومعظم الأفراد يخبرون بعض صور السلوك المشكل ولكن بتواتر منخفض لا يتطلب تدخلاً علاجياً . ومن أمثله الأفكار الاكتئابية وغير العادية واستجابات القلق ، المخاوف والأفعال غير المقبولة اجتماعياً . (ب) القصور السلوكي مثل فشل الطفل في تعلم تناول الطعام والعادات الإخراجية والكلام واللعب التعاوني والانتظام في المدرسة . ولدى الكبار : العجز الجنسي ونقص تأكيد الذات والانزواء والعجز عن الحياة المستقلة أو الزواج والتعطل ، الخ .. (ج) السلوك في ظروف غير مرغوبة أو غير واقعية أو غير قانونية أو خطيرة ، كأن يحدث الشخص نفسه أو يخلع ملابسه علناً أو يطلب الحب ممن لا يستطيعون تقديمه أو لا يرغبون في تقديمه .

٤ - كل السلوك الإنساني سواء كان مشكلاً أو غير مشكل يقع في سياق مقدمات وعواقب بيئية - والمقدمات هي التي تهيء الفرصة لوقوع استجابات معينة . ولأن العواقب تخدم غرض تقوية أو إضعاف الاستجابات المؤداة أو الاحتفاظ بها ، فإن الكشف عنها يتطلب دراسة العوامل الموجودة باستمرار في كل مرة يحدث فيها السلوك . فمثلاً : قد يكشف التحليل السلوكي لحالة عميل يعاني من قلق وكف اجتماعي في الحفلات الاجتماعية عن أنه كان يخشى أن تطلب امرأة جذابة مراقبته ، وهو لم يتعلم الرقص

الاجتماعى ، ولذلك فإنه كان دائما يرتب الأمور بحيث يتفادى تواجده وحيدا مع امرأة في حفلة . وقد تطلب العلاج مساعدته على التخلص من الحساسية والتدريب على التأكيد الذاتى للتغلب على الشعور بالخجل وعلى التقويم السلبى للذات .

٥ - من المهم تقويم العواقب وما يحققه السلوك المشكل من ثواب فمثلا ، قد تؤدي الأجورافوبيا لدى زوجة إلى زيادة اهتمام الزوج بها واستخدامه للخادمة . وحينئذ قد يكون العلاج هو التخلص من الحساسية مع تدريب الزوج على سحب تدعيمه للفوبيا وطرد الخادمة .

٦ - ويعترض البعض على النظر إلى الاضطرابات العصابية في إطار التعلم على أساس أن بعض التعاريف تبالغ في التبسيط ومنها مثلا تعريف أيزنك للأعراض العصابية بوصفها مجرد عادات متعلمة ، فليس هناك عصاب يكمن وراء الأعراض ، ولكنها مجرد الأعراض ذاتها ، والتخلص منها يزيل العصاب . ولا توجد حاجة إلى حل أحداث الماضى أو افتراض صراعات لا شعورية حيث أن كل أنماط الاستجابة المطلوبة والمنبهات المثيرة لها هي في الحاضر ، ويكفى تناول الاستجابات الحاضرة للحصول على نتائج علاجية دائمة . ويحرص آلان جولدستين (٧) على توضيح أن ذلك لا يعنى أنه إذا شكى مريض من الأجورا فوبيا مثلا ، فإنه يعرض فورا وبصورة آلية إلى إزالة الحساسية في ضوء هيراركية . ذلك أنه يحتمل أن يكون الخوف موضوع الشكوى ثانوياً لصراع زواجى أو لخوف من « فقدان الضبط » أو لعوامل أخرى عديدة غير ظاهرة فوراً . وقد يكون الخوف عرضاً من حيث أنه إشارة إلى أن شيئاً آخر مضطرب ولكنه ليس عرضاً لعملية تشبه المرض تتسرب وراء السطح مستقلة عن الظروف الحاضرة .. وبينما قد تكون الاستجابات غير المتوائمة الحاضرة استجابات معمة من خبرات تعلم سابقة ، إلا أن الجانب المهم هو أنها استجابات حاضرة لمواقف حاضرة ، وأن هذا السلوك الحاضر هو ما يتعين أن يعالج وأن يتغير .

٧ - هناك أربعة نماذج أساسية للتعلم تكون أسس العلاج السلوكى ، وهى :
(٩) :

(أ) نموذج الاشراف الكلاسيكى **Classical Conditioning**

Model ، وهو يركز على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوكا جديدا ، أو إلحاق منبهات جديدة إلى استجابات متوفرة سابقا .

(ب) نموذج الاشراف الاجرائى : **Operant Conditioning Model**

وهو يركز على دور عواقب معينة (تدعيمات) فى تغيير قوة استجابة سابقة . ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغيير مباشر فى عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها العميل مرتبطة بعواقب تدعيمية معينة (منبهات تمييزية) .

(ج) نموذج التعلم عن طريق الملاحظة : **The Observational Learning Model**

وهو يستخدم أساليب تيسر التعلم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين .

(د) نموذج التنظيم الذاتى : **Self-Regulation Model** ، أى الطرق

التي يمكن أن يغير الفرد بها سلوكه هو ذاته بحيث يتواءم مع بعض معايير سبق له أن حددها لنفسه ، وعادة فى مواقف تحدث فيها صراعات قوية .

٨ - يمكن الجمع بين هذه النماذج المختلفة لمواجهة مطالب علاج مشكلة معينة ، كما يمكن استخدامها فى تسلسل لمهاجمة جوانب السلوك الذى يكون مشكلات الفرد . وهذه سمة مميزة فى تقدير كنفرد لمدارس تعديل السلوك ، تتضمن أن هذا التعديل لا يجب توقعه مثلا بمجرد زيادة الاستبصار أو بعد تفريغ انفعالى ، أو نتيجة تقوية نزعة فطرية للنمو فى الكائن الانسانى تسعى إلى تحقيق إمكانيات كامنة أو إلى توجيه الشخص نحو السلوك « الصحيح » إذا أزيل الكف أو إذا تخلص الفرد من الصراعات الانفعالية .

٩ - تركز نماذج التعلم على السلوك ، أى أن مضمونها هو نشاط الشخص فى علاقته ببيئته . وهى تؤكد على أهمية وصف الأحداث الامبيريقية بلغة تفصل بدقة بين السلوك وبين كل من المركبات - النظرية والاستنتاجات عن دلالة

أو معنى هذه الأحداث للفرد الذي يقوم بهذا السلوك . وهكذا ، فإن غرض التدخل الاكلينيكي يكون دائما هو تغيير مجموعة من الأحداث السلوكية . والعلاج لا يهدف إلى إزالة الدفاعات أو الصراعات اللا شعورية أو تغيير سمات الشخصية ، حيث يفترض أن هذه المفاهيم ليست عرضة للمعالجة المباشرة ، وأن إدخال هذه المفاهيم في الصياغة النظرية لن يضيف معرفة جديدة عن الشخص أبعد من الملاحظات الحقيقية التي استنتجت منها . وهذه المركبات لا تساعد في تقويم العلاج ، حيث إن المحك النهائي يجب أن يكون المقارنة بين السلوك المعين الذي ترتبط به هذه المركبات قبل وبعد العلاج . ولهذا الجانب في العلاج السلوكي تطبيقات هامة جدا في خطط المعالج ، فهو دائما يسعى إلى تحديد الوسائل المتاحة للحصول على استجابات معينة ، وهو يحاول دائما تحديد السلوك المعين المتضمن في الشكوى الغامضة للعميل . فهو لا يكتفى مثلا بشكوى المريض من أنه يعاني من الاكتئاب ، أو شكوى الأم من عدوانية طفلها ، ولكنه يحاول تحديد جوانب السلوك المعين الذي تشير إليه الشكوى والظروف التي يقع فيها السلوك .

١٠ - يهتم المعالج بالجوانب الكمية في البيانات ابتداء من البيانات التي يسجلها قبل بدء العلاج ، فهي تخدم محكا لتقويم التقدم العلاجي ولتحديد درجة صحة تعريف المشكلة وفعالية استراتيجية العلاج . كما أن هذه البيانات الكمية تقدم للعميل لدعم تقدمه ، ولكن أهم وظيفة لهذه البيانات الكمية هي تذكير المعالج دائما بأن جهوده العلاجية يتعين أن تتركز حول السلوك وأن تكون برامجية ، فلا يكتفى بتعبيرات المريض عن مشاعره الشخصية ، لأنها ليست دليلا على فعالية العلاج .

١١ - ينظر نموذج التعلم إلى كل أنواع السلوك على أنها تعمل طبقا لأسس سيكولوجية واحدة ، بعكس المدارس الدينامية مثلا التي تميز بين قوانين التعلم التي يمكن تطبيقها على اكتساب المعرفة وبين قوانين تكامل الشخصية التي تطبق على أنماط السلوك الاجتماعي والانفعالي وعلى العلاقات بين الأشخاص ، وهي على هذا الأساس تميز غالبا بين سيكولوجية الأنا التي تعالج الجوانب الشعورية والمعرفية من السلوك ، وسيكولوجية العنق التي تعالج اللا شعور والسلوك الوجداني والدافعية .

١٢ - تشارك معظم مدارس العلاج السلوكى فى أن اهتمامها يتركز على السلوك الحاضر بدلا من تاريخ نشأة هذا السلوك ، فلا يهتم المعالج إلا بمعرفة خيرات التعلم الرئيسية السابقة طالما أنها تؤثر فى المشكلة السلوكية الحاضرة ، وكذلك الحالات البيولوجية التى قد تحد من إمكانية تعديل السلوك .

١٣ - يهتم البعض العلاج السلوكى بأنه آلى يتجاهل أهمية العلاقة بين المعالج والعميل ، وقد يرجع هذا الاتهام إلى أن الأساليب المبكرة فى تعديل السلوك كانت تركز أساسا على معالجة العواقب البيئية وكان ذلك يتم غالبا فى المؤسسات . ولكن بعد أن امتد نطاق استخدام أساليب تعديل السلوك ليشمل عددا متنوعا وكبيرا من أنواع المشكلات المعقدة فى علاقة بين معالج و عميل فى موقف علاجى ، فإن سلوك المعالج أصبح أكثر تأثيرا فى تحديد كفاءة العلاج . ويشمل ذلك قدرته على التشجيع والتوجيه وتدعيم التغيير فى سلوك العميل . والواقع أن كل برنامج علاجى جيد يجب أن يهتم باستجابة العميل للمعالج وبالهدف العلاجى وبالأساليب المستخدمة فى العملية العلاجية . وهى أساليب لا تفرض على العميل القادر على المشاركة فى عملية تقرير البرنامج العلاجى ، وغالبا ما يناقش المعالج مع مثل هذا العميل الأساليب المناسبة والأهداف المرغوبة ويحاول التوصل معه مقدما إلى اتفاق وقرار مشترك حول الطرق والأهداف .

١٤ - يوفر التأكيد على التعلم استمرارية طبيعية بين العمليات التربوية والإرشاد وأساليب الاشراف - والكثير مما يتم فى العملية التربوية الصحيحة من إعداد للمواد وتنظيم للفصل لتهيئة أفضل الظروف الممكنة للتعلم وتدعيمه واهتمام بالمحكات الموضوعية للتأكد من فعالية التعلم ... كل ذلك له ما يناظره فى العملية العلاجية .

الفصل الثاني

التحليل السلوكي

مكونات التحليل :

حين يحدد المعالج الاستجابات المعينة المرغوبة ، فإنه من الضروري أن يحدد المتغيرات التي يمكن أن تؤدي إلى هذه الاستجابات والاحتفاظ بها . ويمكنه في هذا السبيل أن يستعين بالصياغة التالية التي يقدمها كانفر (٩) بقصد التحليل ، وهي تلخص الظروف التي تعمل وقت الاستجابة والتي قد يكون لها دلالتها لاحتمال حدوث الاستجابة . وتشتمل هذه الصياغة على خمسة مكونات والعلاقات بينها ، وهي :

S- prior stimulation	(م)	(١) الأحداث المنبهة السابقة
O- biological state of the organism	(ك)	(١) الحالة البيولوجية للكائن
R- response repertoire	(س)	(٣) الاستجابات الممكنة
K- contingency relationship	(ز)	(٤) العلاقات التلازمية (الإشرافية)
C- consequence	(ع)	(٥) العاقبة

ولبيان العلاقات الوقتية النسبية ومركزية الاستجابة يمكن صياغة هذه المكونات على النحو التالي :

م ← ك ← س ← ز ← ع

وفي معظم الحالات تصبح العواقب السلوكية (المكون الأخير) منبهات ، ترجع بدورها إلى تنبيه الشخص (إرجاع أثر) وتنشط سلسلة أخرى من السلوك . وتعتبر هذه الصياغة كل أنواع السلوك نتيجة محددات معينة تتمثل تمثيلا كاملا في مكوناتها . وتؤكد الصياغات السلوكية التقليدية على العلاقة بين الأحداث قبل حدوث الاستجابة ، بينما تؤكد صياغة الإشراف الاجرائي على العواقب التالية للاستجابة ، وفي المواقف التي يكون فيها التعلم عن طريق الملاحظة عنصرا مركزيا في العلاج ، فإنه يتعين اعتبار كل من الظروف السابقة واللاحقة ، وكذلك ، فإنه في المواقف التي يشجع فيها العميل على التغيير الموجه ذاتيا ، فإن المعالج يساعد العميل على مراقبة الظروف السابقة واللاحقة وملاحظة تأثيراتها على سلوكه .

ويشتمل التحليل السلوكي الكامل على تقديرات عن كل من المكونات السابقة ، ولكن في الكثير من الحالات قد لا تتوفر المعلومات أو قد لا يكون لها

دلالة ، ومن أمثلة التحليل السلوكي البسيط نسبيا ، حالة طفل يعاني من نوبات الغضب (استجابة) وقد يكشف التحليل عن أن السلوك يحدث فقط في وجود الأم (المنبه) حين يكون الطفل متعبا (الحالة البيولوجية) . وينتج عن ذلك سحب الأم لنواهيها أو مطالبتها أو أن تقوم باحتضان الطفل ومحاولة تهدئته (عاقبة) . وهي تفعل ذلك في كل مرة تنتاب فيها الطفل هذه النوبات في خلال عشر دقائق من بدايتها (العلاقة الزمنية) . ولنتناقش الآن كل مكون على حدة ..

الأحداث السابقة :

تشمل هذه الفئة وصفا لكل عناصر المنبه وتحديدنا للظروف البيئية المرتبطة بالسلوك المستهدف . في أي الظروف يقع هذا السلوك ؟ ما الذي يستثيره ؟ هل هو منبه لاستجابات منعكسة مستقلة (أوتونومية) أم هل هو منبه لسلوك متعلم ؟ ويجب على القائم بالملاحظة أن يحدد المنبه من وجهة نظر العميل الذي يسلك وليس من وجهة نظر الملاحظ . ولا تشمل عناصر المنبه على المنبهات الخارجية فقط ، ولكنها تشمل أيضا البيعة الداخلية للشخص . ومن الجوانب الهامة للمنبه الدور الذي تلعبه البيعة الاجتماعية في قيام تاريخ من أنواع السلوك المناسب لكل من الظروف المختلفة ، فمثلا : بالنسبة لطفل له تاريخ اجتماعي سوى ، يصبح جرس المدرسة إشارة الذهاب إلى الفصل ، وزجر الأم أو المدرس إشارة إلى أن عواقب سلبية يمكن أن تحدث إذا لم يغير الطفل سلوكه ، إلخ ..

الحالة البيولوجية :

من المفيد تقدير المتغيرات البيولوجية في الصياغة السلوكية وذلك للتأكد مما إذا كانت الاستجابة المتوقعة تدخل في حدود الطاقة البيولوجية للفرد . ومن أمثلة حالات الكائن البيولوجية التي قد تكون عوامل محددة قوية للاستجابة المستهدفة : مرور فترة طويلة من الوقت منذ آخر وجبة ، مثانة مليئة ، أو تأثير عقار مهدىء . وفي معظم الحالات ، يمكن التأكد من المتغيرات البيولوجية الهامة بسرعة عن طريق القضاء على الظروف الحادة غير العادية أو الوقتية التي قد تغير من استجابة الشخص أو دوافعه .

الاستجابات :

يميز أصحاب نظريات التعلم بين نوعين من الاستجابات : (أ) الاستجابات التي يستثيرها منبه معين دون حاجة إلى تدريب وتسمى استجابات الإشارة أو الاستجابات العادية respondents . ويتبع قيام ارتباطات بين منبه واستجابة أصلية قاعدة « الإشرط الكلاسيكى » أو « تعلم الإشارة » . (ب) الاستجابات المدعومة Operants وهى مشروطة بالعواقب ، أى بالثواب أو العقاب . وبالرغم من وجود بعض الخلاف حول صواب هذا التمييز (كانفر) فإن المعالج من وجهة نظر براجماتية ، يفيد هذا التصنيف ، لأن استجابات الإشارة تتأثر بالمؤثرات السابقة ، بينما تتأثر الاستجابات المدعومة بعواقبها . إلا أنه حتى الاستجابات المدعومة تتوسد موقعها عادة فى سلسلة من الأحداث تشمل بعض منبهات متميزة تسبق الاستجابة . ولذلك فإن الضبط عن طريق كل من المنبه والتدعيم يمكن تطبيقه على الاستجابات المدعومة المتميزة . ويفترض أن استجابات الإشارة لا يمكن أن تتأثر مباشرة بعواقبها . ولكن البحوث الحديثة فى تغيير الاستجابات المستقلة تشير إلى إمكانية ضبط الاستجابة المدعومة عن طريق التدعيم . ويمكن تصنيف الاستجابات إما على أساس التشابه التوبوجرافى أو على أساس تشابهها فى إنتاج نفس العواقب . ويفضل التصنيف الأخير بعامه فى تحليل السلوك المعقد ، لأنه يسمح بوصف أكثر شمولية للوحدات السلوكية الملائمة للمشكلة المعينة . إلا أن تفضيل أساس للتصنيف يتوقف على ما إذا كانت التوبوجرافية أو عاقبة السلوك المستهدف تكون غير مقبولة أو تنقصها الكفاءة . وحين تكون العواقب السلوكية متماثلة ، ولكن أسلوب تنفيذ السلوك غير مقبول ، فإنه يفضل التصنيف على الأساس التوبوجرافى . ومن الناحية الأخرى ، فإن تمييز مختلف العواقب لاستجابات متشابهة توبولوجيا ، قد يكون هو الهدف العلاجى فمثلا ، فى علاج طفل يعانى من « استعراء جنسى » فإن سلوك الاستعراء يكون متاثلا سواء كان يحدث فى غرفة النوم أو فى مكان عام ، ولكن الخلاف بين النوعين من السلوك هو فى العواقب الوظيفية .

ويشتمل تعريف الاستجابة على المدى الكامل للسلوك الحركى واللفظى الذى يكون موضوعا يستحق الدراسة . وهو لا يقتصر على التعريف البدنى لحركات الجسم . وتعتبر الاستجابات الاجتماعية واللفظية استجابات فى حد ذاتها ، وليست

بدائل لأحداث عقلية أو حالات داخلية . والاستجابة اللفظية قد يضبطها الحدث الذى تشير إليه أو الجمهور الذى توجه إليه . ويمكن ملاحظتها وتعديلها بوصفها استجابة في حد ذاتها وليس بوصفها مؤشرا لحالة داخلية أو حدثا عقليا . وحين يكون السلوك غير الظاهر (بما في ذلك التفكير والإدراك واتخاذ القرارات) موضوع العلاج بحيث تكون هذه الاستجابات أهدافا ، فإن حدوثها يجب أن يكون متاحا للملاحظة .

التأثيرات السلوكية :

عواقب الاستجابة التى تعمل على الإبقاء على حدوثها مستقبلا أو زيادة حدوثها تسمى « المدعمات » reinforcers . ويتعين قبل استخدام العواقب لتعديل السلوك التأكد من توفر خاصيتين للمنبهات المدعمة وهما : (أ) قدرتها على تغيير احتمال وقوع الاستجابة السابقة ، (ب) وظيفتها الموجهة للسلوك . وغالبا ما يكفى للوصف العملي للأحداث في هذه الفئة ملاحظة أن استجابة لا تحدث في غياب عواقب معينة أو في غياب إشارات دالة على توفر المدعمات المعنية ، وأن الاستجابة تحدث فعلا في وجودها . أما المحك الثانى فهو يستوفى حين يمكن إثبات أن عاقبة تؤثر في تعلم الاستجابة الجديدة . ويجب ملاحظة أن المدعمات ليست أحداثا مادية معينة فقط ، فهى لا تقتصر على تقديم طعام لحيوان جائع . ولكنها قد تشمل السلوك الاجتماعى للناس والتعبيرات اللفظية وملاحم وحركات الجسم والإقلال من العواقب المنفرة ، الخ . وفي تحليل هذه الفئة ، يكون من المفيد غالبا تحديد مدرج تدعيم ، فتعد قائمة بالمواقف والأنشطة والأحداث المرغوبة أو المؤثرة في توجيه سلوك الفرد والاحتفاظ به .

العلاقات التلازمية :

تشير هذه الفئة إلى العلاقة البارامترية : الاستجابة - التدعيم . وتوضح بحوث التعلم أن نسبة الاستجابات لكل تدعيم والجدول الزمنى للأحداث المدعمة للاستجابات المدعومة يؤثران في كل من اكتساب السلوك والابقاء عليه . ولذلك يتعين أن يشتمل التحليل الكامل على الجدول الذى يضبط ترتيبات الاستجابة - العاقبة ، وأى تغييرات في مثل هذه الجداول عن المراقف السابقة ، أو

الضبط الفوري للسلوك بالجدول المختلفة . فمثلا ، القيم المختلفة للفئة أو المكون « ز » في تفاعل طفل مع أمه وأبيه سوف توضح أن الأم تنزع إلى دعم وقوع سلوك من نوع « الإقبال » بينما يدعم الأب هذا السلوك بدرجة أقل تواترا . ونظرا لأن الجداول المختلفة لها خصائص أداء تنبؤية مختلفة ، فإنه يتعين عدم تجاهل هذا المكون .

ويتضح مما سبق أن التحليل السلوكي يختلف عن الصياغة التشخيصية التقليدية التي تسمى خصائص الشخصية الفردية على أساس أعراض معينة . وتحليل مشكلة العميل عملية مستمرة تتطلب إعادة تقويم خلال مراحل التقدم العلاجي . وإذا كان يتعين النظر إلى العلاج السلوكي بوصف إنه يتبع مدخلا معيناً في التعامل مع المشكلات الإكلينيكية وليس بوصفه مجموعة من الأساليب العلاجية المقابلة لمجموعة من الاضطرابات السلوكية ، فإن هذا المدخل يتمثل أكثر ما يتمثل في أول خطوة له وهي « التحليل السلوكي » . ويضرب بريدى (٥) . أمثلة لذلك منها اضطراب الكلام ، فقد يكون مفرطاً في كفه كما هو في حالات الهوس أو شحياً كما هو في بعض حالات الاكتئاب ، أو قد تصاحب أداءه معاناة بالغة كما هو في حالات التهته . وقد يكون غير ملائم كما يتمثل في « الصداء اللفظي » echolalia للطفل المنطوي على ذاته autistic . ومن المهم أن يستوثق المعالج من الجانب الوظيفي والمتغيرات السلوكية البيئية التي يرتبط اضطراب السلوك بها وظيفياً . فمثلاً يحدد الإكلينيكي عن طريق الملاحظة المباشرة والتاريخ المفصل الظروف والسياق الاجتماعي للتهته والمقدمات البيئية ، والعواقب السلوكية لأحداث التهته . وبالنسبة للطفل الصغير ، قد تعمل العواقب الاجتماعية على الإبقاء على التهته ، كأن يجد طفل الخامسة أو السادسة نفسه في حالة تنافس شديد مع أشقائه الأكبر سناً والأسلس كلاماً على الحصول على اهتمام الوالدين ، أو قد يكون الطفل أقل نجاحاً في التنافس مع شقيق أصغر أو حديث الولادة للحصول على اهتمام الوالدين . ولذلك فإنه حين يتحدث الطفل بسلاسة ، فإن حديثه لا يكون ملحوظاً ، ومن ثم لا يتدعم (لا يكافأ) من خلال اهتمام الوالدين ، بعكس التهته التي تسترعى اهتمام الوالدين . ومن ثم فإن التهته قد تتدعم دون قصد . إلا أنه في حالات أخرى ، قد لا تكون العواقب الاجتماعية للتهته هي الأحداث الهامة في الإبقاء عليها ، بل تكون ظروفًا سابقة أو مهينة تستثير حالة سيكوفسيولوجية معقدة تمهد الطريق للتهته . ويغلب أن يوجد مثل هذا الموقف في حالات الأطفال الأكبر سناً والمراهقين والراشدين الذين عانوا من

التهبة سنين عديدة واستقر لديهم هذا السلوك بالرغم من العواقب التي تشكل عقوبات على هذا السلوك مثل الشعور بالحرج والقلق والاحباط التي تتبع محاولة الكلام . وفي مثل هذه الحالات الأكبر سنا ، قد يصبح مدى متنوع من المواقف الاجتماعية ظروفا مهينة للتهبة ، فيتوقع المريض التهبة كلما اقترب من مثل هذا الموقف ، ويشعر بالتوتر والقلق ، ومن ثم فهو يتهته فعلا ويخبر المشاعر المصاحبة لهذا الاضطراب من إحباط وحرج . ويزداد هذا الشعور المستبق بالقلق حدة في المواقف التالية المشابهة ، وهكذا تستمر الحلقة المفرغة .

ويسعى التحليل السلوكي إلى التوصل إلى عدد من الفروض الإكلينيكية عن المتغيرات التي تضبط السلوك المضطرب وتحافظ عليه . ويتطلب مثل هذا التحليل معرفة متعمقة بأسس السلوك وخبرة إكلينيكية . وتتمثل الخطوة الثانية في استخدام هذا التحليل السلوكي لتصميم برنامج علاجي مؤقت يتكون أساسا من اختبار الفروض الإكلينيكية من خلال التحكم في المتغيرات البيئية والسلوكية التي يعتقد بانها ترتبط وظيفيا بمشكلات توافق المريض . وبالطبع ، فإن استجابات المريض للتدخل العلاجي تقدم بيانات ضافية ، وقد تسمح بتطوير وتحسين في التحليل السلوكي . فمثلا ، قد يطلب من والدي طفل السادسة الذي يعاني من التهبة ومن يستمعون إليه في بيئته ألا يستجيبوا لهذه التهبة باهتمام وانشغال ، وبالطبع ، يجب عدم معاقبة الطفل على هذه التهبة لأنها سوف تزيد من القلق ومن حدة المشكلة . ومن ناحية أخرى ، يتعين مكافأة الطفل على الحديث الخالي من التهبة بإحدى صور المكافأة أو الثواب . وهذه الاستراتيجية هي ما تسمى فنيا « عكس اشرط التدعيم » **reversing the contingencies of reinforcement** . فإذا كان الفرض الأصلي صحيحا ، فإن نسبة الحديث السليم سوف تزداد بمرور الوقت . وإذا لم يحدث ذلك ، فإن الإشرط الجديد لم يطبق تطبيقا سليما أو متسقا ، أو أن عوامل إضافية تتحكم في موقف التهبة . وفي كل الحالات ، يتعين جمع ملاحظات إضافية لتحليل تال للمشكلة ، ويتطلب علاج الراشد الذي يعاني من التهبة استراتيجية مختلفة ، فمثلا ، قد يزال أو يترك إشرط القلق الذي أصبح مرتبطا بمواقف كلامية متنوعة . وقد يتحقق ذلك عن طريق التخلص التدريجي من الحساسية . وثمة إجراء أعد خصيصا لعلاج مثل هذا الاضطراب يسمى « إعادة التدريب الإشرطي المترونى على الكلام » وسوف نعرضه في فقرات تالية ، ولعل ما سبق يوضح

الفرق بين المنهج السلوكي والمنهج السيكودينامي ، إذ أن التأكيد في المنهج الأول يكون على ما يمكن ملاحظته وقياسه ، أى سلوك المريض وعلاقته بأحداث البيئة وعلى استخدام الطرق المعروفة في العلوم التجريبية .

طرق وأدوات جمع البيانات في التحليل السلوكي :

تختلف الطريقة التي يجرى بها التحليل السلوكي اختلافا كبيرا طبقا للعميل ولنوع المشكلة . فقد تتضمن الجلوس في نهاية فصل في مدرسة وتسجيل سلوك مختلف التلاميذ . وقد تجرى بصورة غير مباشرة من خلال تقارير الوالدين والمدرسين . وقد تتضمن قياس مقدار القمامة في ملعب ملحق بمعسكر أو عدد مرات ارتكاب سلوك عدواني بعد مشاهدة برنامج تليفزيوني ، أو قد يجرى التحليل على أساس عينات من سلوك المرضى في مستشفى للأمراض العقلية أو نزلاء سجن أو الناس في تجمع سياسي . أو قد تستمد المعلومات من تقرير ذاتي أو من خلال لعب الأدوار ، أو عن طريق المقاييس الفسيولوجية مثل قياس التغير في معدل نبضات القلب حين يتخيل العميل مواقف مخيفة مختلفة . وقد يطلب من العميل كتابة تاريخ حياته أو قد يستوفى البيانات المطلوبة في نموذج خاص لهذا الغرض . أو قد يطلب من الأطفال ذكر ثلاثة أشياء يتمنون تغييرها في حياتهم . ومن أفضل الطرق أن يحتفظ العميل بيومية شخصية يسجل فيها مثلا وصفا دقيقا لكل موقف يجعله قلقا وكيف استجاب لهذا الموقف وعواقب استجابته . وكذلك قد يطلب من الوالدين تسجيل ملاحظات يومية عن مثل هذه الموضوعات عن أطفالهم . وغالبا ما تكون هذه المعرفة بالذات الخطوة الأولى نحو التحسن والضبط الذاتيين .

وقد تستخدم لهذا الغرض اختبارات منها :

(١) جدول مسح الخوف : **Fear Survey Schedule** . قائمة طويلة بموضوعات مثل أطباء الأسنان ، السيارات ، حوادث السقوط ، الخ .. يطلب من العميل أن يحدد على مقياس من خمس نقاط درجة إزعاج كل موضوع له ، وذلك بقصد تحديد المواقف التي تستثير القلق . وقد أعدت أدوات مماثلة للكشف عن القلق المرتبط بالامتحانات والاختبارات .

(٢) جدول مسح التدعيم : **The Reinforcement Survey Schedule** من إعداد كوتيلا بغرض تحديد المواقف والموضوعات والأنشطة السارة أو المثيية

للعميل ومنها مثلا : الأكل ، أنواع القراءة ، الموسيقى ، الرياضة ، الأنشطة العامة ، الشاء ، أنواع التفاعلات مع الآخرين . وتفيد النتائج في تحديد طرق تكوين علاقة طيبة مع العميل (موضوعات للحديث) ولإعداد برامج معينة مثلا للإشراف المضاد أو الإشراف الإجرائى . وقد أعدت صورة خاصة من هذا الاختبار للأطفال .

(٣) اختبارات التأكيد الذاتى : الغرض منها هو الكشف عن درجة التأكيدية أو اللاتأكيدية أو العدوانية لدى العميل ، مثلا : كيف يستجيب إذا حاول فرد تخطى دوره فى طابور انتظار أو إذا لم يرق له الطعام المقدم إليه فى مطعم . هل هو من النوع الذى يبالغ فى تقديم الاعتذارات أو الذى ينجل من طلب مواعيد مع الفتيات ، أو يجد صعوبة فى أن يكون صريحا أو منفتحا ، أو يجد صعوبة فى الاستجابة لطلب غير معقول ؟ وتفيد النتائج فى تحديد مدى الحاجة إلى برنامج للتدريب على تأكيد الذات ونوعية هذه البرامج .

(٤) استبيانات للإرشاد الزوجى : وتتضمن أسئلة عن طرق التفاعل بين الزوجين ، ما يحبه وما يكرهه كل منهما ، الأهداف ، طرق قضاء الوقت ، الاهتمامات ، اتخاذ القرار ، طرق الاتصال ، السلوك الجنسى ، طرق تربية الأطفال ، الخ ..

(٥) استبيانات للإرشاد العائلى : ولها صور منفصلة للمراهقين وللأب وللأم ، ويغضى بالإضافة إلى موضوعات الاستبيانات السابقة التفاعلات بين أفراد العائلة وإدراكات الذات والآخرين . إلا أن الممارس يتعين ألا يعطى وزنا أكبر من اللازم لصدق الاستجابات لهذه الاختبارات . ولكن يتعين النظر إلى النتائج بوصفها معلومات سلوكية إضافية ومصادر للأفكار وللقرضيات التى يتعين التحقق من صدقها . وهى على كل حال تعين فى تحديد ما الذى يؤثر فى الوقت الحاضر فى سلوك العميل ؟ ما هى المنبهات أو المواقف التى تستثير سلوكا معينة ؟ ما هى عواقب السلوك ؟ وكيف ترتبط الأنواع المختلفة من السلوك ؟ ما هى زوائد ونواقص السلوك ؟

ولا يفيد من وجهة نظر سلوكية وصف الفرد بأنه اكتئابى مثلا ، أو وصف الطفل بأنه زائد النشاط Hyperactive ، بل يتعين تسجيل هل يجد الاكتئابى الثواب على عمله ، أو هل يشعر بالقلق فى مواقف اجتماعية أم هل

يُحس بأن الآخرين يستغلونه بسهولة . وبالنسبة للطفل يتعين تحديد كم مرة يترك فيها مقعده مثلا داخل الفصل في فترات مختلفة . ومن القضايا ذات الدلالة في هذا المجال أنه يمكن تغيير نوع من السلوك دون تغيير نوع آخر حتى إذا بدأ النوعان مرتبطين أو أنهما مقياسان لمشكلة مشتركة . فمثلا ، قد يقرر الفرد لفظيا أنه لم يعد يخاف من الشعابين ولكنه يرفض الاقتراب منها ، أو قد يمسك بشعبان دون استشارة فسيولوجية ظاهرة ولكنه يقرر أنه لا يزال يخاف منها . ولذلك يتعين أن يستخدم المحلل السلوكي أنواعا مختلفة من المقاييس السلوكية ، وآلا يعمم من مقياس لآخر وبخاصة من التقارير اللفظية . ومن الضروري عد مرات تكرار السلوك ومواقفه . ما مقدار التدخين مثلا في حفل أو بعد العشاء ؟ مثل هذه البيانات تقدم خط أساس للتقويم وتساعد في تحديد نقطة البداية الملائمة في برنامج علاجي وتقلل من تحيز الملاحظ . ويمكن أن يتم العد على أساس عينات زمنية وفي مواقف مختلفة . كما يمكن أن يقوم بالعد العميل نفسه ، وهي عملية رقابة ذاتية تستخدم فيها رسوم بيانية وقوائم شطب ، الخ . فيمكن للعميل أن يزن نفسه مثلا كل صباح وأن يلصق الرسم البياني بباب الثلاجة . ويشيع استخدام عداد المعصم Wrist Counter وهو يشبه ساعة اليد ويسجل فيه عدد مرات حدوث سلوك معين مثل التدخين أو نتف شعير الشارب أو قضم الأظافر أو التفكير بصورة فيها انتقاص للذات . وقد يؤدي مثل هذا التسجيل إذا كانت نتائجه غير مرضية ، إلى تغيير . وقد وجد أن الإقلال من التدخين يزداد احتمال حدوثه إذا تم العد قبل التدخين وليس بعده . فإذا لم تكف الرقابة الذاتية لإحداث التغيير ، تعين الاستعانة بالبرنامج المناسب لتعديل السلوك .

الفصل الثالث

الإشراط الاستجابي

الإشراط الاستجابى والسلوك :

تفسر على أساس الإشراط الاستجابى (الكلاسيكى أو البافلوفى) أنواع عديدة من السلوك مثل : الشعور السار حين يبتسم شخص لك ، أو إفراز اللعاب حين نرى صورة لطعام لذيذ محبب إلى النفس ، أو استثارة جنسية لرؤية حذاء امرأة ، أو شعور شخصى بالقلق لمجرد رؤية سيارة . فهذه ليست استجابات غريزية ولكنها متعلمة ، فقد ارتبطت فى تاريخ حياتنا مشاعر معينة بمنبهات معينة . فالابتسامة ربما تكون قد ارتبطت بالوجدان الذى يحدث مشاعر سارة ، ورؤية صورة لطعام ارتبطت بمنبه مذاق الطعام الذى يحدث إفراز اللعاب ، ومن ثم فإن صورة الطعام تستثير فى النهاية إفراز اللعاب . ورؤية حذاء امرأة ربما ارتبطت بمنبه مثير جنسيا ؛ ورؤية سيارة ربما ارتبطت برؤية سابقة لوفاة قريب فى حادث سيارة .

وقد تقوم الاستجابة الحاضرة لمواقف معينة على أساس خبرات معقدة يصعب على الشخص تذكرها ، كما يصعب تتبع بداياتها . ولكن مثل هذا التتبع ليس ضروريا فى إطار تعديل السلوك ، إلا أنه يتعين تحديد الاستجابات الحاضرة لمواقف معينة واستخدام معرفتنا بالإشراط الاستجابى لتغيير الاستجابة غير المرغوبة .

العوامل المؤثرة فى الإشراط الاستجابى :

ويتأثر الإشراط الاستجابى بثلاثة عوامل هامة هى :

(١) الترتيب الزمنى للمنبهات : ويتحقق أحسن إشراط إذا سبق المنبه الشرطى المنبه غير الشرطى ، وهذا هو « الإشراط الأمامى » Forward Conditioning بينما نحصل على إشراط قليل أو لا إشراط إذا سبق المنبه غير الشرطى المنبه الشرطى وهذا هو الإشراط الخلفى Backward Conditioning (١٣) ، ص (٢٧) وقد كانت المحاولات الأولى فى علاج « الكحولية » تتضمن جعل العميل مريضا ثم إعطائه كحولا وهذا هو الإشراط الخلفى والذى يحتمل أنه ينقص من فعالية البرنامج . إلا أن الإشراط الخلفى رغم ذلك تكون له فعاليته فى بعض المواقف ومنها المواقف التى سوف نناقشها فى فقرة تالية تحت عنوان « سيطرة الاستجابة » . ولكن الإشراط الأمامى هو الأفضل بعامة . وأيضا قد يحدث

كل من المنبهين الشرطى واللاشرطى معاً في نفس الوقت . فمثلا ، لا يمكن فصل الشخص عن خاصية من خصائصه مما قد ينتج عنه إشارات استجابى .
(٢) الفترة بين المنبهين : وهى تشير إلى الفترة الزمنية بين المنبه الشرطى والمنبه غير الشرطى . وعادة - ولكن باستثناءات كثيرة - فإن أفضل إشارات استجابى يتم فى فترة حوالى نصف ثانية ، وذلك رغم أن الإشارات يمكن أن يحدث بعد فترة زمنية أطول (مثلا : الغثيان بفعل تسمم من طعام قد يحدث نتيجة إشارات لمذاق الطعام الذى حدث قبل ذلك بساعات) .

(٣) سيطرة الاستجابة : **Response Dominance** : أى القوى النسبية للاستجابات التى يستثيرها المنبه الشرطى والمنبه غير الشرطى قبل المزاوجة بينهما . فإذا كانت الاستجابة الشرطية والاستجابة غير الشرطية متكافئتين ، فإن كلا من المنبهين قد يستثير كلا من الاستجابتين . ولكن إذا كانت الاستجابتان غير متكافئتين ، فإن الإشارات سوف ينزع إلى أن يجعل كلا من المنبهين يستثير الاستجابة المسيطرة أو السائدة . وحيث أن الاستجابة غير الشرطية هى التى تكون عادة أكثر سيطرة من الاستجابة الشرطية ، فإن هذه الأخيرة لا تذكر ولكن إذا كانت الاستجابة الشرطية أكثر سيطرة من الاستجابة غير الشرطية ، فإن الإشارات يصبح خلفيا . فإذا كان الفرد يخاف من الثعابين مثلا ، وألقى ثعبان فى حجره وطلب منه الاسترخاء ، فإن الفرد غالبا سوف يرتبط لديه القلق بكلمة « استرخاء » بدلا من أن يرتبط الاسترخاء بالثعابين . وسيطرة الاستجابة هى المكون الحاسم فى الإشارات المضاد .

ومن الحالات الطريقة الحالة التى عالجها افرون (١٣ ، ص - ٣) لعميلة من نوبات الصرع ، وقد كانت قادرة على منع حدوث النوبة عند الإحساس بقرب وقوعها (aura : أوره) عن طريق استنشاق رائحة الياسمين . وقد استطاع أفرون مزاوجة الرائحة برؤية عقد ، ومن ثم يمكن للمريضة كفى نوبة الصرع ومنع وقوع النوبة بمجرد التفكير فى عقد ، وهذا بدوره يعطى إحساسا ذاتيا برائحة الياسمين .

الإشارات المضاد :

يحدث الانطفاء فى الإشارات الكلاسيكى حين يزال المنبه غير الشرطى . ويمكن تيسير إزالة الاستجابة الشرطية أيضا إذا قدم القائم بالتجربة - بالإضافة إلى إبعاد المنبه

غير الشرطى - منها غير شرطى آخر بدلا منه . وحين يستثير ذلك استجابة غير شرطية لا تتواءم مع الاستجابة الشرطية ، فإن اشراطا مضادا يقال أنه قد حدث . ففى حالة ألبرت ، إذا قدم الفأر (المنبه الشرطى) متلازما مع الطعام (المنبه غير الشرطى الجديد) فإن اشراطا مضادا يحدث لأن الطعام يستثير استجابة لا تتواءم مع الخوف .. وذلك هو ما حدث فى تجربة جونز مع بيترو . ولا يسرع الإشارات المضاد بإزالة الاستجابات الشرطية فقط ، ولكنه أيضا ينتج إزالة للاستجابة الشرطية تحت ظروف خاصة لا يؤدي فيها الإنطفاء إلى هذه النتيجة . وهى ظاهرة لها أهميتها أيضا فى التطبيق الإكلينيكي لإنقاص الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة مثل القلق والغضب والغيرة .

تأثير التدعيم الجزئى :

فى معظم مواقف الحياة لا يتبع السلوك دائما بتدعيم . وحين يوقف التدعيم خلال بعض المحاولات المعملية فى الإشارات الإجرائى ، فإن الاستجابة المتعلمة تكون أكثر مقاومة للإنطفاء . وعن طريق الانقاص التدريجى لمعدل المحاولات المدعمة بالنسبة إلى المحاولات غير المدعمة ، فإن القائم بالتجربة يمكن أن يعلم الفرد إحداث الاستجابة الشرطية آلاف المرات أحيانا دون تدعيم . ومثال ذلك ماكينات بيع الحلوى الأوتوماتيكية التى تقدم تدعيما بنسبة ١٠٠٪ تقريبا ، أى أنه فى كل مرة يضع فيها الشخص النقود فى الآلة ، فإن الحلوى تبرز منها (تدعيم) فإذا وجد فرد أن الآلة تفشل فى تقديم الحلوى ، فإن استجابة وضع النقود فى الآلة تنطفىء بسرعة . ومن ناحية أخرى ، فإن ماكينات القمار تبرمج على أساس جدول من التدعيم الجزئى ، ولذلك ، فإن سلوك وضع النقود يستمر ، حتى بعد فترة طويلة من عدم التدعيم ، مما يشير إلى قوة التدعيم الجزئى فى تأخير الانطفاء .

الاستجابة الانفعالية الشرطية :

حين يقدم للفرد منبه شرطى مع منبه غير شرطى مؤلم ، فإن المنبه الشرطى سرعان ما يستثير استجابات انفعالية سبق ارتباطها بالمنبه غير الشرطى (استجابات الخوف) .

استجابات الهروب واستجابات التجنب :

حين يتغير الموقف بحيث ينتج |سلوك من جانب الفرد نهاية للمنبه غير الشرطى المؤلم (استجابة هروب) ، أو يسمح له بتجنب قيام المنبه غير الشرطى فى الفترة بين قيام المنبه الشرطى وقيام المنبه غير الشرطى (استجابة التجنب) فإن كل مكونات الخوف تنزع إلى السقوط بعد محاولات قليلة . وفى نفس الوقت ، فإن سلوك التجنب يصبح قوياً جداً . ويلاحظ أن سلوكاً جديداً وقوياً ، أى استجابة التجنب ، قد تُعلمت دون التدعيم الخارجى المطلوب عادة . ويمكن شرح ذلك على أساس أن إنهاء منبه شرطى سبق تلازمه مع الألم هو فى حد ذاته تدعيم . وهذا المنبه الشرطى له الآن قوة الدافع عن طريق قيامه ، وقوة التدعيم عن طريق زواله . ويوجد الآن سلوك جديد فى موقف الإشراف الأصيل . ويعلم كل إكلينيكى أن الناس يمكن أن يشغلوا بسلوك ، بل إنهم فعلاً يشغلون بسلوك قهرى مستمر يؤدي فى النهاية إلى نتائج غير سارة . وهنا يمكن التساؤل عما إذا كانت هذه النتائج غير السارة تؤدي إلى إزالة مثل هذا السلوك . حاول الباحثون تفسير هذا التناقض من خلال تجارب (٧ ، ص ٢١٧) وضعت فيها كلاب فى قفص كبير يحتوى على قسمين : قسم به شبكة كهربائية ، والثانى لا يحتوى على شبكة ، ويفصل بين القسمين حاجز يمكن عند رفعه حجب الكلاب فى قسم واحد ، وعند خفضه يسمح للكلاب بالقفز بعنف من جانب إلى آخر . وقد وضعت الكلاب فى القسم المكهرب وأحدثت نغمة صوتية ثم خفض الحاجز (منبه شرطى) تتبعه بعد ثوان صدمة كهربائية خلال الشبكة (منبه غير شرطى) وقد أظهرت الكلاب فى بداية الصدمة سلوك الخوف المتوقع ثم قفزت فوق الحاجز منبهة بذلك الصدمة والصوت . وبعد محاولات قليلة كونت الكلاب سلوك تجنب ثابت بحيث تقفز فوق الحاجز بعد ثوان قليلة من حدوث المنبه الشرطى . وعند هذه النقطة تناقصت علامات الخوف وسرعان ما كانت الكلاب تقوم باستجابات التجنب بهدوء . ويلاحظ أن الأفراد الذين تعرضوا للإشراف بهذه الطريقة يستمرون فى الأداء دون معاناة للصدمة . وتكون العادة ثابتة بدرجة ملحوظة . وقد يغير القائم بالتجربة الموقف بحيث تقفز الكلاب فوق الشبكة التى تصدر صدمة قصيرة ، فتستمر الكلاب فى القفز كل مرة يقدم فيها المنبه الشرطى بعنف أكثر وبصورة مستمرة .

إنطفاء استجابات التجنب :

لا يؤدي إجراء انطفاء مثل قطع الدائرة الكهربائية في التجربة السابقة إلى إنطفاء استجابة التجنب . فالكلاب تدعم باستمرار على القفز لإزالة الخوف . ولذلك فهي تستمر في استجابة التجنب ، فإذا أريد إحداث الإنطفاء ، فإنه يتعين حصر الفرد في الموقف عن طريق الوقوف في طريق استجابة التجنب برفع الحاجز بحيث لا تستطيع الكلاب القفز إلى القسم الآخر . ومثل هذا السلوك التجنبي ، المتعلم في وجود منبه مؤلم لدرجة خفيفة ، ينزع فعلا إلى الانطفاء عن طريق المنع . ولكن حين تستخدم منبهات مؤلمة بشدة ، فإن هناك مقاومة للإنطفاء . والفرد الذي يتعرض لمنبه شرطي مع صنع استجابة التجنب المتعلمة ، يتعلم غالبا سلوكاً « خرافياً » يصبح سلوكاً تجنبياً جديداً . ومن وجهة النظر السلوكية ، يعرف العصاب بأنه سلوك غير متوالم ومستمر نشأ خلال تعلم ، أو هو تدهور في السلوك المتوالم بفعل تعلم غير كافٍ . ومن المهم التنبيه إلى أن السلوك يشمل : السلوك الحركي والأفكار ، وغالبا وهو الأهم المشاعر . ويبقى أن نتساءل : كيف تنشأ هذه العادات خلال عملية الظواهر الإشرافية التي سبق وصفها ؟

المشاعر الزائدة :

من الممكن عند أبسط المستويات أن يكون الفرد مشاعر غير متوائمة خلال إشراف كلاسيكي كما كان هو الحال مع الطفل ألبرت . والخوف (القلق حين يغيب الوعي بالمنبه المثير) يمكن تصوريا أن يكون استجابة متعلمة لأي منبه قابل للإدراك أو مجموعة من المنبهات ويمكن أن يحدث مثل هذا الخوف الشرطي خلال حدث صدمي واحد أو خلال سلسلة من الأحداث الأقل صدمية . فمثلا ، يمكن أن يكون الفرد خوفا غير متوالم (عصابي) من قيادة السيارات بعد حادثة مرعبة معينة . ومن الناحية الأخرى ، قد يكون الفرد خوفا من التعبير عن الغضب من خلال استمرار وإشراف سحب حب الوالدين في مرحلة الطفولة . ومن الممكن التنبؤ بأنه عبر الزمن فإن استجابات الخوف المتعلمة هذه سوف تعمم إلى مواقف تتشابه مع المواقف الشرطية الأصلية بحيث أنه بعد عدة سنوات من وقوع حادثة السيارة ، فإن الضحية قد يظهر خوفا حين يكون راكبا سيارة ، حتى ولو كان مجرد راكب . وربما يخاف

ركوب الأوتوبيسات والقطارات أو أى نوع من النقل الميكانيكى ، أو قد يظهر خوفا عند تقاطعات معينة تشبه موقع الحادثة ، أو ربما فى شوارع يكون المرور فيها مزدحما . وكذلك فإنه يمكن التنبؤ بأن الطفل الذى عاقبته أمه لإظهاره أو لمسه أعضائه الجنسية سوف يعانى فى النهاية فى مواقف مماثلة وربما فى أى مواقف تستثار فيها المشاعر الجنسية . وبنفس المعنى ، فإنه من الممكن أن يودى النقد المستمر أو المؤلم من جانب الوالدين إلى مشاعر القلق أو الخوف فى مرحلة الرشد حين يكون أى إرجاع للأثر متوقعا صدورهم فى صورة سلبية من أى فرد فى موقع سلطة أو بوصفه استجابة معممة تالية لنقد من أى شخص . وتمثل هذه المشاعر السلبية المستثارة وما يشابهها استجابات عصائية بالقدر الذى تكون فيه غير موائمة فى الموقف . فإذا كان من المحتمل مثلا أن يكون النقد الموجه إلى الفرد من جانب رئيسه مقدمة فى الواقع لطرده من عمله ، فإن الخوف يكون أمرا عاديا ومناسبا للموقف ، بل إنه يودى وظيفة|تواؤمية من حيث أنه يزيد الدافع إلى تغيير السلوك . ولكن إذا كانت استجابة الخوف تستثار فى أى وقت يكون فيه الفرد فى حضرة رئيس ودون ارتباط بعواقب هذا الحضور ، فإن السلوك فى هذه الحالة يكون غير متوأم (عصايا) لأنه لا يحتمل واقعا أن يودى الموقف إلى عواقب سلبية .

السلوك الحركى الزائد :

إذا كان الفرد قد تعلم إشرافيا الاستجابة بقلق حين تستثار مثلا المشاعر الشبقية فإنه ربما يكون قد تعلم تجنب المواقف التى تستثير مثل هذه المشاعر . وقد يشكو الفرد من أنه يعانى من الوحدة أو من نقص الدافع للارتباط بالآخرين بطرق ذات دلالة . وسوف يظهر تحليل المشكلة أنه بعامة حين يجد فعلا نفسه منجذبا نحو شخص آخر ، فإن ذلك يستثير لديه مشاعر شبقية تستثير بدورها القلق ، وهو حينئذ يترك مثل هذه المواقف أو يتجنبها بقصد إزالة القلق . وقد يشكو الفرد من عدم قدرته على الاحتفاظ بوظيفته ولكن التحليل سوف يظهر مرة أخرى أنه فى موقف العمل حين يعانى من القلق خوفا من نقد عمله فإنه يتجنب المبادأة وهو يجد نفسه فى النهاية دون عمل نتيجة عدم كفاءة أدائه . وقد يشكو مريض من الجنسية المثلية ولكن التحليل يظهر أنه يخاف من الإناث إلى الحد الذى لا يمكن معه إشباع الدافع الجنسى إلا عن طريق النشاط الجنسى المثلى . وبإختصار ، فإن القلق حالة دافعة لاستثارة

وتوجيه السلوك بعيدا عن المواقف المثيرة للقلق . وحيث إن أى سلوك سبق أن أدى إلى التخفيف من القلق ينزع بقوة إلى أن يُكتسب وأن يُتعلم ، فإن سلوك التجنب قد يأخذ أشكالا عديدة . وقد يكون بعضه غير موافق على المدى البعيد . فمثلا ، يؤدي غالبا تجنب التعبير الجنسي المقبول إجتماعياً إلى العزلة الاجتماعية .

الأفكار الزائدة :

يلجأ الإنسان إلى صور أخرى من التجنب غير السلوك الحركى . بل لقد لوحظ في الواقع أن الكثير من المرضى يلجأون إلى التجنب من خلال الأساليب الإدراكية . فمثلا ، لنفترض أن شخصا قد عوقب في طفولته لسلوك جنسى (إظهار أعضائه الجنسية مثلا) ، فلن يكون هذا السلوك هو الوحيد الذى يستثير لديه القلق في مرحلة الرشد ، بل إنه عن طريق التعميم ، فإن الأفكار التى تستثير التدايعات الشبقية سوف تستثير القلق أيضا وسوف ينزع الفرد إلى تجنبها . وقد سبق أن أشرنا إلى أن كل سلوك ينجح صدفة في إزالة الأفكار المثيرة للقلق سوف يصبح عادة ثابتة . وقد يأخذ ذلك شكل نشاط بدنى مثل عادات عمل قهرية أو تنظيف المنزل ، إلخ إلّا أن الفرد قد يتحول إلى أفكار أخرى حين يشعر بتهديد أفكار القلق . وقد تأخذ هذه أشكالا نمطية جامدة ، أو تأخذ إكلينيكية شكل عدّ قهرى أو أنواعا مختلفة من الأفكار الطقوسية الوسواسية .

الصراع :

بعض التجنب المدفوع بخوف غير متوائم تكون عواقبه ضئيلة لأنه لا ينتج مشاكل فمثلا ، إذا كان فرد يخاف الثعابين غير الضارة ولكنه يسكن في مدينة يقل فيها احتمال مواجهة الثعابين ، فإن الفرص الضئيلة التى يتجنب فيها بيت الثعابين في حديقة الحيوان مثلا لا يبدو أنها تعوق مسيرة الحياة . ولكن إذا نتجت عن سلوك التجنب حالة صراع من أحداث تتكرر بكثرة ، فإن ذلك ينتج مشاكل . فمثلا ، إذا كان الفرد يخاف الكلاب وفي نفس الوقت يحب زيارة الأصدقاء والمشي أو الانشغال بمناشط أخرى يحتل فيها مواجهة الكلاب ، فإن حياة الفرد لا تكتمل إذا اضطرت إلى تقييد مناشطه الاجتماعية بقصد تجنب الموضوع المثير للخوف . وقد ينشأ صراع آخر حين تكف استجابات أخرى مثل الاستجابات الجنسية . ونظرا لأن هناك دافعا محمدا

بيولوجيا للتعبير الجنسي ، فإن سلوك التجنب يترك الفرد في حالة صراع بين الإقبال والتجنب ولن يتركه في حالة من الراحة الكاملة لأنه كلما زادت فعالية تجنبه لموضوع الجنس كلما زاد إحباطه البيولوجي وكلما زاد ضغط الدافع البيولوجي، كلما زاد قلقه ، وفي بعض حالات الصراع قد يلجأ الفرد إلى أنواع أخرى بديلة من السلوك (الإزاحة) .

خطوات الإشراف المضاد :

الخطوة الأولى في الإشراف المضاد هي : تحديد المواقف التي تستثير الاستجابات غير المرغوبة مثل العناكب إذا كانت رؤيتها أو إذا كان التفكير فيها يسبب قلقا زائدا . ثم تحدد في الخطوة الثانية الطرق لاستثارة استجابة لا تنسجم مع الاستجابة غير المرغوبة ، وتكون مسيطرة عليها ، مثل بعض أنواع الاسترخاء . وأخيرا يجري إشراف استجابي للاستجابة غير المنسجمة للمنبهات التي تستثير الإجابة غير المرغوبة ، كأن يزاوج بين المنبهات المحدثه للاسترخاء والمنبهات المرتبطة بالعناكب . ويستمر هذا الإشراف المضاد إلى أن تنقص الاستجابة غير المرغوبة بالقدر المناسب ، وغالبا إلى أن تنقطع تماما . والخلاصة ، أن الإشراف المضاد هو إنقاص الاستجابات المستثارة غير المرغوبة عن طريق الإشراف الاستجابي للاستجابات التي لا تنسجم معها للمواقف المثيرة لها .

إزالة الحساسية : Desensitization

هي إشراف مضاد للقلق مع الاسترخاء ، وفي مواقف أخرى ، فإن الاستجابة غير المرغوبة هي استجابة تقارب مثيية ، كما هو الحال في بعض جواب « الكحولية » وتعاطى المخدرات ، والإفراط في الأكل . فرؤية « بار » مثلا قد تستثير شوقا إلى الكحول ، ومذاق سيجارة يؤدي إلى تدخين أخرى . وفي هذه الحالات ، فإن الإشراف المضاد قد يتضمن إشرافا في استجابة غير سارة أو منفرة لمواقف منبهة تستثير استجابة التقارب . ويسمى ذلك « إشراف مضاد تنفيري » .. ومن المهم في الإشراف المضاد أن تكون الاستجابة غير المنسجمة مسيطرة على الاستجابة غير المرغوبة . ولا يشكل ذلك مشكلة أحيانا فمثلا في الإشراف المضاد التنفيري ، قد يكون النفور من الصدمة الكهربائية أو تحيل مناظر غير سارة ، مسيطرا على التأثيرات

السارة لتناول قطعة أخرى من كعكة مفضلة . ولكن سيطرة الاستجابة يشكل غالبا قضية . والطريق إلى التأكد من أن الاستجابة غير المنسجمة مسيطرة هو من خلال استخدام هيراركية تشبه الهيراركية المتدرجة المستخدمة في الانطفاء الاستجابي . أى أنه بدلا من أن نبدأ مباشرة بإشراط مضاد للموقف الذى يستثير بأقوى درجة الاستجابة غير المرغوبة ، نبدأ بموقف يستثير بدرجة ضعيفة الاستجابة غير المرغوبة ثم نطبق الإشرط المضاد في سلسلة متعاقبة من المواقف ، أى في هيراركية تقترب تدريجيا من الموقف الذى يستثير بأقوى درجة الاستجابة غير المرغوبة فمثلا ، في حالة الخوف من العناكب يبدأ الإشرط المضاد الذى يستخدم الاسترخاء بفقرات منخفضة في الهيراركية (مثلا كلمة « عنكبوت ») ثم نتدرج (مثلا صورة عنكبوت) ثم إلى أعلى القائمة (مثل لمس عنكبوت حى) . ويفترض أن تأثيرات الإشرط المضاد تعمم إلى مواقف مشابهة مع التدرج ، ومن ثم تقلل تدريجيا من قوة الاستجابة غير المرغوبة التى تستثيرها المواقف المختلفة . فإذا ما بدأنا بلمس عنكبوت حى ، فإن ذلك قد يكون مسيطرا على أى استرخاء يمكن إحداثه . إلا أن الاسترخاء يكون له السيطرة على القلق الذى تستثيره كلمة « عنكبوت » ومن ثم نبدأ به الإشرط المضاد . وهكذا ، يعمم الإشرط المضاد إلى بقية الهيراركية وهذا هو ما يحدث في إزالة الحساسية ، ولكنه ينطبق على كل أنواع الإشرط المضاد .. وقد تختلف النقطة التى توقف عندها الإشرط المضاد طبقا لمطالب الموقف ، فمثلا ، في استخدام الإشرط المضاد التنفيرى مع أنثى جنسية مثلية قد نتوقف عند النقطة التى تشعر فيها العميلة بالحياد نحو الإناث بدلا من الاستمرار إلى نقطة الشعور بالنفور ولكن قد يكون من الضرورى الاستمرار في الإشرط المضاد التنفيرى لعلاج ذكر مصاب بالاستعراء في الأماكن العامة حتى يشعر النفور من هذه الاستجابة ، وفي كل من الانطفاء الاستجابي والإشرط المضاد ، يقدم للعميل منه شرطى أو تسلسل متدرج (هيراركية) من المنبه الشرطى - والفرق الوحيد بين المنهجين هو أنه في الإشرط المضاد تقدم منبهات (أو تدريب) تؤدي إلى استجابة غير منسجمة ترتبط بالمنبه الشرطى . فالإشرط المضاد هو ببساطة انطفاء . فالغرض من الاستجابة غير المنسجمة هو دفع أو تيسير عملية الانطفاء . وإزالة الحساسية في أكثر استخداماتها شيوعا هى إنطفاء أكثر مما هى إشرط مضاد . والاسترخاء هو الطريق لدفع العميل إلى العمل خلال الهيراركية أو إنقاص القلق بحيث يكون العميل في حالة أحسن

للإنطفاء . ويفسر الإشارات المضاد أحيانا بوصفه كفاً فسيولوجياً من قبل جزء من الجهاز العصبي لجزء آخر . فقد تتضمن إزالة الحساسية مثلاً كفاً للجهاز العصبي الباراسيمبثاوى للجهاز السيمبثاوى . ولكن الدليل على هذا الافتراض لازال محل جدل .

التدريب على الاسترخاء :

يمكن استخدام عدد متنوع من الإجراءات لإحداث استرخاء عضلي عميق . وتقوم معظم هذه الإجراءات على أساس الطريقة التي وضعها جاكوبسون والمعروفة باسم « الاسترخاء المتدرج » Progressive Relaxation . وهي تتطلب من المريض التوتر ثم تعلم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسية بدءاً من قمة الجسم إلى أسفل وبطريقة ثابتة ونظامية . ويستخدم بعض المعالجين التنويم المغناطيسي مع حالات مختارة معينة من المرضى لتسهيل الاسترخاء . وتتوفر تسجيلات صوتية للإجراءات بما يسمح للمرضى بتعلم وممارسة الاسترخاء بأنفسهم . ويتعين أن تذكر للمريض مسبقاً الطريقة التي سوف يستخدم بها الاسترخاء في إزالة الحساسية ، وفي الحياة اليومية ، حيث يكون المريض واعياً بمؤشرات التوتر . كما أنه سوف يكون قادراً بعد فترة على تحقيق الاسترخاء في أجزاء معينة فقط من جسمه . فمثلاً ، إذا كان الانتظار لتقديم تقرير إلى مؤتمر يستثير القلق ، فإن المريض قد يستطيع إرخاء ذراعيه فقط ، كما أنه يشجع استخدام الإيحاء بأفكار عن مواقف استرخاء سابقة مثل الاسترخاء على الشاطئ .

ومن الصعوبات النادرة في استخدام مختلف صور إزالة الحساسية : انخفاض قدرة المريض على الاسترخاء ، الشعور بالقلق نتيجة « فقدان الضبط » المرتبط بالاسترخاء ؛ العجز عن التخيل البصري أو العجز عن ضبطه . ويمكن لهؤلاء الذين يجدون صعوبة في الاسترخاء أن يستفيدوا من تعديل في أسلوب الإيحاء ، فمثلاً ، إذا كان الشخص أساساً من النوع السمعي أكثر من أن يكون من النوع البصري ، فإنه يمكن أن يطلب منه الاسترخاء عن طريق تصور نفسه يستمع إلى نوع معين من الموسيقى وجد أنه يساعده على الاسترخاء في الماضي . وإذا كانت الصعوبة ترجع إلى الأفكار الدخيلة ، فإنه يمكن أن يطلب منه أن يعيد في صمت عبارة مثل « إن ذراعيّ يزدادان ثقلاً واسترخاء » وأن يتخيل نفسه بصرياً في نفس الوقت مستلقياً تحت

الشمس . وقد ينتقل بعد ذلك إلى الأجزاء المختلفة للجسم لتدريب كل منها على الاسترخاء على التوالي . وقد يتطلب تيسير الاسترخاء إعطاء المريض مهدئا خفيفا مثل الفاليوم بنصف ساعة قبل حضوره إلى الجلسة . وبالنسبة لهؤلاء الذين يعانون من الخبرة المؤلمة « فقدان الضبط » فإنه يكفي عادة طمأننتهم بأنه لا يمكن حدوث شيء خطر ، وإنهم سوف يحصلون على قدرة إضافية على الضبط من خلال عملية تعلم ضبط الحالات الداخلية طبقا لإرادة الفرد .. ومن المفيد التأكيد لهم أيضا بأنهم لن يقعوا تحت ضبط من جانب المعالج ، وأنه في مقدورهم وقف العملية في أى وقت يشاءون .. وتؤدي هذه التأكيدات واصطناع الصبر من قبل المعالج عادة إلى نتائج طيبة . وفي حالة المرضى الذين يعجزون عن استخدام التخيل البصرى ، فإنه لا يمكن استخدام هذا الأسلوب . وقد يعدل هذا الأسلوب إلى إزالة حساسية في مواقف حية . حين تكون المنبهات المثيرة للخوف متاحة تحت ظروف مضبوطة . فمثلا ، قد تعرض حيوانات أو موضوعات صغيرة على مسافات تزداد قربا من المريض بالتدرج خلال استرخائه . وقد تعالج المشكلات مثل الخوف من الأماكن المغلقة على مراحل . وقد لجأ المعالجون إلى مختلف الإجراءات ومنها اصطحاب المرضى إلى الكبارى واستخدام الأماكن المغلقة مثل خزائن الملابس ، والاحتفاظ ببعض الحيوانات في العيادة ، كما اصطحبوا المرضى إلى أسقف المنازل ، كما استخدموا الشرائح المصورة والأفلام ، واستخدموا السكرتيرة وأهل الحى للعب أدوار في مواقف حية لإزالة الحساسية . وقد لجأ المعالجون السلوكيون في بعض الحالات إلى استخدام العقاقير لإحداث حالة من الهدوء تسمح للمرضى الذين يعجزون عن تعلم الاسترخاء بإزالة الحساسية عن طريق المواقف المتخيلة . كما استخدم ثانى أكسيد الكربون لهذا الغرض أيضا .

إعداد القائمة الهيراركية :

يبدأ هذا الإعداد بتحديد المنبهات (المواقف والأفكار) المثيرة للقلق غير الملائم لدى العميل من خلال طرق التقديم المختلفة من مقابلات ومذكرات يومية واختبارات ومقاييس فسيولوجية ، الخ . وبعد ذلك تقسم إلى موضوعات طبقا لعناصر مشتركة . فقد تقسم المنبهات طبقا للموضوع الرئيسى . فإذا كان الشخص يشعر بالقلق لنقد الناس له ، وبالقلق خشية أن يساء فهمه ، الخ . يكون الموضوع العام

للمخاوف هو : الخوف من التقويم الاجتماعى السلبى . أو قد تقسم المنبهات طبقا لحدث معين مثل وفاة شخص عزيز أو طلاق ومن ثم يكون الموضوع العام هو الهيراركية المكانية - الزمنية . والخطأ الرئيسى الذى قد يقع فيه المعالج أحيانا هو تصنيف المنبهات طبقا لموضوع أو حدث غير ملائم . فمثلا ، قد يصنف الخوف من التواجد فى أوتوبيس ، مزدحم أو فى مصدر مزدحم ، أو فى ساعة الضغط المروى طبقا لموضوع الخوف من تراحم الناس ، بينما قد يكون الموضوع الحقيقى هو الخوف من التواجد فى مكان ضيق محدود .

وبعد تصنيف المخاوف ومصادر القلق ، يكون من الضرورى تقرير ما يحتاج منها إلى العلاج فالبعض يمكن إهماله لأنه لا يمثل أهمية مباشرة لمشكلات العميل ، والبعض الآخر يقوم على أساس تصورات أو إدراكات خطأ ، ويمكن ترك علاجها لمنهج تعليمى - تربوى يقوم غالبا على أساس تقديم المعلومات عن السلوك الجنسى وأسباب المرض العقلى . بينما تقوم مخاوف أخرى غير تواجدها على أساس خبرات وتداعيات انفعالية أكثر مما تقوم على أساس تصورات خطأ . وهذه هى التى يمكن معالجتها بإزالة الحساسية . ويعتقد فولبى أن الفرد لا يحتمل أن يزيد عدد فئات المخاوف من هذا النوع لديه عن أربعة . وبعد ذلك ترتب كل فئة من فئات منبهات القلق فى هيراركية يكون فيها الموقف المنبه الذى يستثير أكبر قدر من القلق فى القمة والمنبه الذى لا يستثير أى قلق فى القاعدة . وقد تستخدم لهذا الغرض المقاييس الفسيولوجية ، إلا أن معظم المعالجين يعتمدون على التقدير الشخصى للعميل . وقد استخدم فولبى لهذا الغرض مقياس قلق تمثل قمته ١٠٠ ساد(*) وهو ما يعادل أسوأ قلق يمكن للعميل تصوره . وتمثل قاعدته فى الدرجة صفر أى « لا قلق » . وبالتالي يستطيع العميل أن يقدر مقدار القلق الذى يسببه الموقف المنبه المعين فى وحدات ساد . فمثلا : ٢٥ ساد تقابل نقطة على المقياس تعادل ربع الطريق بين « لا قلق » وأقصى درجات القلق . ويقترح فولبى ألا تزيد المسافة بين نقطة وأخرى عن ٥ إلى ١٠ ساد . ولذلك فقد يتطلب الأمر إضافة فقرات جديدة للملأ الثغرات . وفيما يلى مثال من مقياس استخدم فى علاج طالب حقوق عمره ٢٧ سنة يعانى من الخوف من الأكل فى الأماكن العامة . وسوف نكتفى بفقرات متباعدة (فى ١٣ ، ص ٥١)

(*) الكلمة الانجليزية sud وتتكون من الحروف الأولى من الكلمات التالية subjective unit of disturbance .

الفقرة ١ : تناول العشاء في منزل صديقتي مع وجود والديها . الفقرة ٣ : تناول إفطار مع فتاة . الفقرة ٥ : تناول العشاء وحدي في مطعم غير مألوف .
الفقرة ٨ : تناول العشاء بمفردى في مطعم مألوف . الفقرة ١٠ : تناول الغذاء في الكافيتريا . ١٤ : تناول الغذاء في شقتى .

وبعد إعداد الهيراركيات المناسبة ، وبعد أن يكون العميل قد تعلم الاسترخاء بسهولة وبسرعة ، يطلب من العميل أن يتخيل المنظر الأقل إثارة للقلق في الهيراركية في ضوء وصف مفصل من قبل المعالج . ويطلب من العميل أن يعيش بكل حواسه في هذا المنظر وهو في حالة استرخاء . ورغم أنه يمكن وضع العميل في مواقف « حية » حقيقية ، إلا أن استخدام تخيل المناظر يثير قدرا أقل من القلق وهو أكثر ملاءمة من الوجهة العملية من حيث الوقت والجهد والتكلفة ، فضلا عن أنه يوفر للمعالج قدرا أكبر من المرونة . وقد ثبت أن إزالة الحساسية في منظر متخيل تعمم إلى المواقف الحية بدون قلق . وثمة بديل وهو أن يتدرج العميل في المواقف الحية وطبقا للهيراركية التي تدرج عليها على المستوى التخيلي ومستخدما الإشارات المضاد الذي تعلمه .. إلا أنه قد تواجه تخيل المناظر بعض الصعوبات منها أن بعض العملاء يجدون صعوبة في تخيل منظر ومعايشته ، كما لو كان واقعا بدلا من تصوره كما لو كانوا يشاهدون فيلما سينمائيا . ثم إن العميل قد يتخيل منظرا يكون أقل أو أكثر إثارة للقلق عما يفترض أن يكون عليه في الهيراركية . وأخيرا ، فإن العميل قد يغير الصورة التي يتخيلها من فترة لأخرى . والخلاصة أن الأشرطة المضاد يتضمن موضوعات وتداعيات داخل النظام المعرفي للعميل وليس مجرد منبهات بسيطة معينة .

إجراءات الإشارات المضاد :

إذا افترضنا أن العميل يمكنه الاسترخاء وتخيل المناظر ، فإن الخطوة التالية هي الإشارات المضاد الفعلى . ومن الضروري قياس مقدار القلق المستثار في كل خطوة . ويكون ذلك إما من خلال مقاييس فسيولوجية أو من خلال تقارير ذاتية . وعادة يطلب من العميل أن يرفع أصبع يده اليمنى حتى يحس بالقلق أو يستجيب برفع أصبعه عن أسئلة المعالج عن مقدار القلق (تقديره بوحدات الساد) . والفقرة الأولى تكون محايدة . فإذا ما رفع العميل أصبع يده اليمنى ، فإن ذلك يشير إلى أن هناك شيئا يثير قلقه ويتعين بحث الأمر ، ثم ينتقل إلى الخطوة الأعلى منها قليلا وهي أقل الخطوات

إثارة للقلق . ويطلب من العميل عادة أن يرفع أصبع يده اليسرى حين يبدأ في تخيل المنظر والذي يتعين أن يستمر تخيله له دون قلق لمدة لا تقل عن ١٠ ثوان منذ رفع أصبع يده اليسرى وبدون رفع أصبع يده اليمنى . فإذا ما رفع هذا الأصبع الأخير يطلب منه التوقف عن تخيل المنظر المعين والاسترخاء عن طريق تخيل منظر سار له شخصيا . ولا ينتقل العميل إلى المنظر التالي في الهيراركية قبل أن يتمكن العميل من تخيل المنظر مرتين على الأقل دون رفع أصبع يده اليمنى والاسترخاء لفترة وجيزة بين المرتين . ويمكن إزالة الحساسية عن طريق انقاص تقدير القلق بمقدار دال (مثلا من ٤٠ إلى ١٥ ساد) وليس إلى الدرجة صفر قبل الانتقال إلى الخطوة التالية . بل قد يكفي في بعض الحالات إنقاص القلق في كل فقرة بنسبة ٥٠٪ . ويختلف طول جلسات الإشراف المضاد وعدد الجلسات اختلافا كبيرا من عميل لآخر . فقد تكفي جلسة واحدة تستمر عدة ساعات مع عميل ولكن من الحكمة الابتداء بجلسات قصيرة (من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة) ، والتدرج إلى جلسات أطول (٤٥ إلى ٦٠ دقيقة) مع عقد جلستين في الاسبوع - ومن الأفضل إنهاء الجلسة بمنظر ناجح وابتداء الجلسة التالية بمنظر سابق لهذا المنظر الأخير ، أى أقل إثارة للقلق . وفي كل الحالات يمكن التنقل صعودا وهبوطا بقدر من المرونة للمحافظة على انتباه واهتمام العميل ومع الانتهاء بإرجاع الأثر من العميل .

وبعد الانتهاء من كل الهيراركية باستخدام مناظر متخيلة يطلب من العميل أن يعرض نفسه لفقراتها في مناظر حية . فمثلا ، إذا كان يخاف الطيران فقد يطلب منه قيادة سيارته إلى باب المطار . وقد يعين أحيانا استخدام العقاقير في المرحلتين ولكن يتعين التخلص منها تدريجيا . وفي الحالات التي يصعب فيها على العميل تخيل المناظر ، يمكن تدريبه باستخدام مناظر محايدة أو تقديمها من خلال التنويم المغناطيسى . فإذا لم يمكن ذلك يمكن استخدام الشرائح أو أشرطة الفيديو أو المنبهات الحية . كما أنه قد يكون من الضروري أن يطلب من العميل وصف المنظر الذي يتخيله للتأكد من مطابقته لما هو عليه في الهيراركية . وإذا وجد العميل صعوبة في الاسترخاء أمكن الاستعانة بالعقاقير أو بالتنويم أو استخدام مضاد آخر للقلق غير الاسترخاء .

إزالة الحساسية الجماعية :

يمكن استخدام إزالة الحساسية في الجماعة بشرط أن تكون الهيراركية مشتركة بين كل أعضاء الجماعة ، كأن يكون الخوف عاما مثلا ، ونوعيا وغير معقد بمشكلات سيكولوجية أخرى . ويراعى أن يتناسب معدل الحركة في الهيراركية مع حاجة أبطأ الأعضاء ، فلا تنتقل الجماعة إلى فقرة قبل إزالة حساسية الجميع نحو الفقرة السابقة . وقد طبق لازاروس وغيره هذا الأسلوب في علاج الأكتروفوبيا (الخوف من المرتفعات) والكلاستروفوبيا (الخوف من الأماكن المغلقة) والخوف الجنسية ، كما طبق في علاج الخوف من مخاطبة الجمهور ومن العناكب .

ميكنة إزالة الحساسية :

وهي تم باستخدام أشرطة التسجيل للهيراركية ولتعليمات الاسترخاء وممارسة العميل لها بمفرده في منزله أو في جماعة . وقد أعد لانج وزملاؤه (١٣ ص ٥٨) أداة تستخدم في إزالة الحساسية أوتوماتيكيا تسمى DAD^(٥) . وتقدم على أشرطة تعليمات التنويم والاسترخاء و فقرات الهيراركية .

إزالة الحساسية الذاتية :

وتستخدم فيها أساسا التسجيلات الصوتية ولكنها تضيف دليلا مكتوبا . وينفذ العميل كل الخطوات المطلوبة . وقد يعاونه المعالج في البداية في إعداد الهيراركية . وتشير النتائج إلى أنها لا تقل فعالية عن العلاج الفردي . وفي تقدير مكبولاس (١٣ ص ٥٨) تشير هذه الطرق السابقة إلى أن علاقة فرد بفرد في العلاج ليست شرطا ضروريا .

القلق الهائم :

وهو القلق الذي يصعب فيه تعيين مواقف منبهة تستثير القلق ، بل يكون العميل قلقا معظم الوقت . فإذا لم يكن ذلك راجعا إلى عوامل عضوية ، فإنه يفيد

• الحروف الأولى من : device for automated desensitization .

التأكيد على الضبط الذاتي العام للقلق . وقد يستعان في البداية بالعقاقير لتيسير الاسترخاء . ويقترح كوتيليا (١٣ ، ص ٥٩) الخطوات التالية في هذه الحالات :
(١) طمأنة العميل على استعداد المعالج لتقديم المساعدة . (٢) إزالة الحساسية للمفاهيم المجردة المرتبطة بالقلق (مثلا : الناس أو المسئولية) . (٣) الاسترخاء « الحى » ، فيتعلم العميل كيف يسترخى في المواقف التي تسبب القلق . (٤) التدريب على تأكيد الذات في المواقف التي يكون فيها سلبيا بصورة غير مناسبة .

إزالة الحساسية الاتصالية : Contact Desensitization

وهو منهج يجمع بين إزالة الحساسية في مواقف « حية » وبين التمدجة ، ويسمى أحيانا « التمدجة المشاركة » أو « التمدجة مع المشاركة الموجهة » . والجمع بين إزالة الحساسية والتمدجة يزيد من قوة تأثير هذا المنهج الذي أعدته ريتير Ritter ويتكون من ثلاث خطوات رئيسية هي : (١) يلاحظ العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف . (٢) يساعد النموذج العميل في الاقتراب من الموضوع . (٣) يتوارى النموذج تدريجيا كلما زاد اقتراب العميل من موضوع الخوف ، وقد طبقت ريتير هذا الأسلوب في علاج طالبة كانت تخاف من تشريح الحيوان في دراستها الجامعية ، وفي مواقف عديدة متنوعة ، ولكن يعيبه أنه لا يصلح في المواقف التي لا يمكن نمذجتها مثل الخوف من الولادة .

استخدامات شائعة للتخلص التدريجي من الحساسية :

أمكن استخدام التخلص التدريجي من الحساسية في علاج حالات أخرى غير المخاوف المرضية ومنها الغسل المتكرر القهري للأيدي خوفا من التلوث بالبول . وقد عالج فولبي هذه الحالة باستخدام هيراركية من البول المتزايد تدريجيا في التركيز . وكذلك عولجت حالات من التهته عن طريق فك إشارات القلق المرتبط بالمواقف الكلامية . كما عولجت بعض المشكلات الجنسية وعدد من الاضطرابات السيكوفسيولوجية ، والقلق من التحدث أمام الجمهور والمخاوف المدرسية والقلق من الكوارث والإسهال والقلق في مواقف الامتحان والاختبار .

وقد اقترح البعض « إزالة الحساسية السيمانتية » Semantic Desensitization وفيها يدرّب العميل على الاستجابة بكلمات إيجابية لكلمات تنبيه

معينة مثل عنكبوت أو ثعبان ، وذلك بقصد إزالة الكلمات أو الصور السلبية الشرطية التي ارتبطت بالمتنبه المستهدف كما استخدم لعب الأدوار بدلا من المناظر المتخيلة والشرائح المصورة .

وعلى العموم يمكن استخدام « التخلص التدريجي من الحساسية » في الحالات التي يمكن فيها تمييز الظروف السابقة المثيرة للقلق . إلا أن هناك حالات أخرى لا يكفي فيها « التخلص التدريجي من الحساسية » وحدها لعلاجها . وهي الحالات التي يكشف التحليل السلوكي لها عن وجود عوامل بيئية عديدة ومتنوعة تبقى على القلق وتدعمه . فمثلا ، قد تتأصل التهمة بوصفها عادة . وقد يتطلب الأمر الاستعانة بإعادة التدريب على العادات الكلامية الصحيحة . وكذلك الخوف من الأماكن المفتوحة (آجورافوريا) وهي تنتشر بين ربوات البيوت اللأى يتولى أفراد العائلة فيها القيام بمتطلبات الخروج من المنزل للتسوق مثلا . فيدعم مثل هذا السلوك المثيب المخاوف المرضية لدى ربة البيت . ويتطلب العلاج في هذه الحالات بالإضافة إلى التخلص التدريجي من الحساسية علاجاً دوائياً باستخدام مضادات الاكتئاب «Tricyclic Antidepressants (TCA) أو Monoamine Oxidase Inhibitors (MAO)»

والتعاقد السلوكي الذى يتضمن علاجاً سلوكياً للعائلة لإعادة بناء شبكة مدعمة داخل العائلة لإثابة السلوك التواؤمى .

ومن الأساليب الحديثة البديلة لإزالة الحساسية فى علاج القلق أسلوب « التدريب على مهارات الوقاية من الضغوط » **Skills - Oriented Stress Inoculation Training** وقد ابتكره ميشينباوم وزملاؤه (١٢) . ويشتمل الأسلوب على أساليب تربوية وتمارين وما يرتبط بها من أساليب تهدف إلى إكساب المريض البصر بالسلوك الذى يتسم بالتوافق اللاسوى . ويتميز هذا الأسلوب بأنه يؤكد على المهارات العامة بعكس الأساليب التقليدية التى تؤكد على المهارات المرتبطة بموقف معين .

ويثور الجدل حول طبيعة الميكانيزم المسئول عن التغير السلوكي بفعل التخلص التدريجي من الحساسية وذلك رغم أن السلوكيين ينقسمون إلى فئتين فى النظر إلى

الموضوع بعامة . فالبعض ينظر إلى « الشرح » بأنه فرضية تقبل أو ترفض على أساس التجربة . وأن معرفة السبب يأتي في مرتبة من الأهمية تلي معرفة ما إذا كان أسلوب ما فعالاً ومع أى الناس وأى أنواع السلوك وفي يد من من المعالجين وبأى نمط من هذه المتغيرات السابقة يمكن التنبؤ بأكبر قدر من النجاح - إلا أن البعض الآخر من السلوكيين يحاول فهم الميكانيزمات العلاجية على أمل إمكان تحسين الإفادة منها . والمرجح أن كلا من المنهجين يكمل الآخر .

ويرى فولبي أن تأثير التخلص التدريجي من الحساسية يكون من خلال الإشراف المضاد ، ذلك أنه إذا أمكن أن نجعل استجابة مضادة للقلق تحدث في حضور منه مثير للقلق بحيث يصاحبها قمع كلي أو جزئي لاستجابات القلق ، فإن الروابط بين هذه المنبهات واستجابات القلق سوف تضعف . ويرى البعض أن فعالية الإجراء ترجع إلى الانطفاء وليس إلى الإشراف المضاد ، وإلى تعلم استجابة بديلة وليس إلى كف شرطى ، أو أنها قد ترجع إلى تدعيم إجرائي . ورغم أن محصلة الأدلة ترجح كفة نموذج الإشراف المضاد ، إلا أنه يصعب القطع بشرح نهائي في الوقت الحاضر . ويرى البعض الآخر إن نتائج التخلص التدريجي من الحساسية قد ترجع إلى متغيرات بعيدة عن الإشراف ، مثل متغير العلاقة العلاجية بوصفه المتغير الهام المخفف للقلق وليس الأسلوب المعين المستخدم . ولكن عددا كبيرا من البحوث أوضح أن استخدام التخلص التدريجي من الحساسية بصورة آلية دون تواجد المعالج يكون فعالا بنفس القدر الذي تستخدم به مع وجود المعالج . وقد يحاول البعض على أساس أنه حتى في تجربة لا يوجد فيها معالج ، فإن المريض يتحدث فعلا إلى شخص ما ، وأن « علاقة » كافية قد تكونت بحيث قد يؤدي ذلك إلى نتيجة إيجابية بالإضافة إلى توقعات عالية ، ولكن جولدشتين (٧ ، ص ٢٣٢) يرى أن الدراسات التي أوضحت ضرورة إدخال كل العناصر المطلوبة للإشراف تلقى ظللا من الشك على صدق مثل هذه الفرضية ، ورغم أن عددا قليلا من الدراسات قد أوضح أن مجرد تقديم « المناظر » دون أن يصاحبه استرخاء أو منبهات الإشراف المضاد الأخرى ، قد أدى إلى تناقص الخوف ؛ فإن الغالبية الكبرى من الدراسات قد أوضح أنه يمكن الحصول على نتائج أفضل باستخدام الإشراف المضاد . ومن ذلك تجربة قام بها راشمان أوضحت أن الجمع بين التخلص التدريجي من الحساسية والاسترخاء قد أدى إلى نتائج أفضل من تلك التي حصلت عليها المجموعات الثلاث الأخرى (الضابطة ،

التخلص التدريجي من الحساسية دون استرخاء ، استرخاء فقط) . ومن المعقول افتراض أن كل الأفراد يحصلون على نفس الدرجة من العلاقة والتوقع ، ولذلك فإنه يمكن استنتاج أن الإشراف هو فعلا العنصر الفعال في تعديل الاستجابات .

ويرى البعض أن تأثير الاسترخاء واستخدام المهارات يتمثل في تشجيع العميل على التعرض للمنبهات الخفيفة . فإذا صح ذلك أمكن استخدام حوافز أخرى لهذا الغرض مثل المال أو الشاء . وهذا هو ما حدث فعلا في بعض التجارب التي كوفئ فيها العميل لمواجهته المنبه الخفيف . وثمة نظرية أخرى ترى أن إزالة الحساسية هي صورة من صور تعلم الضبط الذاتي والمهارة العامة لمجابهة مواقف القلق . أى تعلم العميل كيف يحس بالقلق وكيف يتحول عنه إلى حالة من الاسترخاء . ودور المهاراتية هو في تهيئة الممارسة المتدرجة في الضبط الذاتي . ولذلك يحسن التأكيد خلال إزالة الحساسية على الضبط الذاتي وليس على مجرد الإشراف المضاد .

ومهما كان تفسيرنا لتأثير الاسترخاء ، فإنه أسلوب يمكن الاستعانة به في حد ذاته في مواجهة مصاعب الحياة من مخاوف وعجز عن النوم بسهولة . بل أن الكثير من المشكلات الفسيولوجية مثل البرد والقرحة والسرطان ترتبط بالضغط التي يخبرها الشخص وكيف يتعامل مع هذه الضغوط .. فضلا عن تهدئة الاسترخاء للفرد ، فإنها تظهر له أن بيده أداة قوية تعطيه الشعور بأن في مقدوره أن يفعل شيئا . ولذلك فإن الكثير من البرامج العلاجية تعلم العميل طرق الاسترخاء في مرحلة مبكرة واستخدامها بوصفها مهارة ضبط ذاتي . ويتعلم العميل كيف يحس بأنه على وشك أن يواجه القلق . وكيف يسترخى بدلا من ذلك في مواجهة صراع التوتر والحركات العضلية العصبية والانحرافات الناشئة عن القلق في الفكر والإدراك وعلاج الأرق . كما يمكن أن يقلل استخدام الاسترخاء من مشكلات متنوعة مثل العض اللاشعوري على اللسان ، والتجعيد الزائد للوجه . الخ . ويمكن للفرد أن يتعلم « الاسترخاء المحكوم بالمهديات » وفيه يربط الفرد عند استرخاء عضلاته والتركيز على التنفس بين كلمة مثل « هدوء » وبين حالة الاسترخاء ، وهكذا يمكن للفرد أن يستخدم هذه الكلمة لتهديه إلى حالة الاسترخاء . والتنويم المغناطيسي ييسر الاسترخاء فضلا عن أنه يحسن تخيل المناظر المطلوبة طبقا للبرنامج العلاجي إذا كان ذلك جزءا منه . ولكن تأثيره يختلف باختلاف العملاء ، وقد يتضمن مخاطر للمعالج غير المدرب .

والتدريب الذاتي الأصل Autogenic Training صورة من التدريب على الاسترخاء تشبه الإيحاء الذاتي ، وتتضمن الإيحاء للذات بعبارات مثل « جبهة رأسي باردة » أو « قلبي يدق بهدوء وانتظام » . ويمكن أن يتزوج هذا التدريب تماما مع إرجاع الأثر البيولوجي . ويزيد في السنين الأخيرة استخدام « التأمل » فهو ييسر الاسترخاء ، ويفيد عندما يحتاج العميل إلى تعلم هدوء النفس (مثلا في حالة الأرق) أو اكتساب منظور أوسع عن حياته .

إجراءات أخرى للإقلال من القلق :
الإغراق (الغمر) : Flooding :

وهو إجراء يتطلب أن يواجه المريض الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته ولفترات زمنية طويلة ، مما ينتج عنه إغراقه بالقلق . وقد يتم ذلك على مستوى التخيل ، كما هو الأمر في التخلص التدريجي من الحساسية ، إلا أن النتائج تكون أحسن باستخدام المواقف الفعلية . فمثلا ، قد يؤخذ المريض إلى سطح مبنى شاهق الارتفاع ويطلب منه أن يبقى هناك إلى أن تخف حدة القلق وقد تتراوح هذه الفترة من ٥ إلى ٢٥ دقيقة تبعا لخصائص المريض وتاريخ الاضطراب . وفي الجلسة التالية التي يحسن أن تكون بعد يوم أو اثنين يتوقع أن يقل القلق في البداية وأن تقل المدة المطلوبة ثم تتكرر الجلسات على فترات أطول لتجنب الانتكاس . ومن الضروري عدم إنهاء العلاج قبل الوقت المناسب حتى لا يتدعم الخوف المرضى . ويتطلب الأمر عادة عددا من الجلسات يتراوح من ٥ إلى ٢٠ . وقد وجد أن ساعتين من الإغراق تقلل من الأجورافوبيا بقدر أكبر مما تحدثه أربع جلسات كل منها نصف ساعة .

ويلاحظ أن أسلوب الإغراق يقوم على أساس الإنطفاء التجريبي ، وهو يختلف عن التخلص التدريجي من الحساسية من حيث إنه لا يستخدم فيه الإشارات المضاد مثل الاسترخاء ، ومن حيث إنه لا يتطلب معالجة المنبهات المثيرة للخوف في أسلوب هيراركي .

ويشير عدد من البحوث إلى نجاح أسلوب الإغراق في علاج اضطرابات الوسواس - القهر والأجورافوبيا ، ويتطلب الأسلوب أساسا حصول المعالج على أكبر قدر من المعلومات عن المواقف التي تستثير قلقا غير ملائم . ففي حالة الأجورافوبيا

مثلا ، قد تقرر المريضة أنها تحس بالقلق حين تغادر المنزل بمفردها وأن حدة القلق تشتد في المواصلات العامة وفي المصاعد وفي الزحام . وهي تخشى أن يغمى عليها وأن الناس سوف يظنون أنها « مجنونة » وقد ترسل إلى مصحة ولن يرعى أحد أطفالها ، الخ .. يطلب المعالج من المريضة أن تغمض عينيها وأن تتخيل بصورة حية قدر الإمكان ما تصفه دون أن تفكر فيه أو تحكم على درجة موافقته لموقفها ويبدأ المعالج بأن يصف بتفصيل حتى العواقب ابتداء من استعداد المريضة لمغادرة منزلها بمفردها ، ويستمر متبعا ما يلي ذلك من أحداث . وهو يهتدى في ذلك باستجابات المريضة . فكلما زاد قلقها استنتج أن وصفه يحقق الهدف المقصود ، كما أنه يعدل من إجراءاته مهتديا بما قد يستنتجه من استجابات أو تعبيرات المريضة . وقد يكرر المعالج نفس الموضوع طالما أنه يستثير القلق والعدد الضروري من الجلسات طالما أن المريض يقرر أن القلق يتناقص من جلسة لأخرى ، وطالما أن المريضة تحاول الاعتماد على ذاتها والتحرر من القلق . وقد يجمع في نفس الوقت بين الإغراق واستخدام مادة مهدئة مثل Thiopental أو Carbon Dioxide . ويعنى ذلك بالطبع استخدام إشرط مضاد بالإضافة إلى الإنطفاء .

وقد عولجت مريضة كانت تخشى التلوث من الكلاب مما اضطرها إلى تغيير مسكنها في لندن خمس مرات في ثلاث سنين ، وكانت تغسل يديها على الأقل ٥٠ مرة في اليوم وتلقى بعيدا بكميات من الملابس الملوثة وبخاصة الأحذية . وتقوم بتنظيف كل منزلها كل يوم بما في ذلك الستائر والسجاد والأرضيات والأرفف . وقد تضمن العلاج تلويثا كاملا لبيتها في المستشفى العلاجي وجولات تسويقية في المناطق التي كانت تتجنبها في المدينة ومنع استجابة الاغتسال الزائد . وقد أمكن في نهاية العلاج أن تتخلص من الاغتسال الزائد وغيره من الطقوس ولكن كانت تراودها بعض الأفكار عن التلوث ، وفي حالة أخرى عولجت امرأة من كراهية ونفور شديدين لكل النساء الحوامل نتيجة خيرة مؤلمة بوفاة جنينها . وقد تكون العلاج من جلستين من الإغراق استغرقت كل جلسة ساعة ونصف أطفأتا كراهيتها وخوفها .

ويستخدم الإغراق بوصفه مكونا في إجراءات علاجية تنتمى إلى مدارس مختلفة ومنها بعض جوانب جماعة الملائقة والعلاج الجشثالتى ويحدث ذلك حين يواجه العملاء باستمرار بمواقف وذكريات وانطباعات وفقد من جانب الآخرين أو أى مصدر آخر للقلق لا يسمح لهم بالهروب منه بدنيا أو سيكولوجيا - وغالبا ما

يُصاحب ذلك استجابات انفعالية قوية من جانب العميل ، يفسر بعضها في التحليل النفسي بوصفه تفرُّغاً انفعالياً ، أى انقاص التوتر الانفعالي بسبب إعادة مناقشة الخبرة التي سببت التوتر . وقد يصاحب الإرهاق الانفعالي ما يفسر على أنه ذكريات طفولة مبكرة أو خبرة دينية أو ميثافيزيقية إلا أن بعض الباحثين يفسرونها على أنه إذا استثرت انفعالات شخص إلى حد شاذ من الغضب أو الخوف أو الإثارة ، وإذا استمر هذا الظرف لفترة فقد يصبح الشخص أكثر انفتاحاً للإجماعات باعتقادات جديدة وسلوك جديد .

التعرض المتدرج : Graded Exposure

رغم كفاءة وفعالية الغمر ، إلا أن مرضى كثيرين يرفضونه لما يسببه من شعور بعدم الراحة كما أنه قد يكون من غير الحكمة الاستعانة بهذا الأسلوب في الحالات التي يشكل فيها خطراً غير مأمون العواقب ، ومنها حالات أمراض القلب أو الحالات الشديدة الاضطراب سيكولوجياً والتي قد يفجر فيها استخدام الأسلوب الذهان . والبديل الأكثر فعالية للغمر مع تجنب استثارة قلق شديد هو « التعرض المتدرج » وهو مثل الغمر ، إلا أن موضوع الخوف المرضى أو الموقف الذي يستثير الخوف يقترب منه خطوة خطوة ، وهو على عكس « التخلص التدريجي من الحساسية » لا يتطلب تدريباً على الاسترخاء ، كما أن العلاج يتم عادة في مواقف الحياة الفعلية . فمثلاً ، إذا كان المريض يحس بالراحة في الدورين الأول والثاني من مبنى مرتفع ، ولكنه يحس شيئاً من عدم الراحة في الطابق الثالث ، فإنه يطلب منه الانتقال إلى الدور الثالث والبقاء فيه فترة إلى أن يحس بالراحة التامة ، ثم ينتقل إلى الدور الرابع ربما في نفس الجلسة أو بعد تكرار البقاء في الطابق الثالث عدداً من المرات ، وهكذا إلى أن يشعر بالراحة التامة في قمة المبنى المرتفع . وتزداد احتمالات نجاح العلاج إذا صاحب المعالج أو أحد مساعديه المريض في المراحل الأولى من العلاج . ذلك أن الشعور بالأمن والأمان والهدوء والوقاية التي يحس بها المريض في وجود المعالج ، أى العلاقة العلاجية ، قد يكون لها دور هام في الإشراف المضاد لاستجابات القلق . إلا أنه من المهم أن يتحرر المريض بعد ذلك من الحاجة إلى الاعتماد على وجود المعالج . وهكذا يتقدم العلاج يمكن للمريض أن يواجه المواقف الأقل استثارة للقلق بمفرده وبصورة منتظمة . فمثلاً ، إذا استطاع المريض البقاء دون قلق في الدور الثامن مع

المعالج ، فقد يطمئن إلى البقاء في الدور الخامس بمفرده كل يوم في فترة الغذاء مثلا .
ويسر ذلك انتقال التأثير إلى مواقف الحياة دون وجود المعالج .

إجراءات أخرى :

القلق هو أكثر الاستجابات الإنفعالية شيوعا التي يجرى لها إشارات مضاد ،
والاسترخاء هو أكثر الاستجابات غير المنسجمة مع القلق شيوعا في استخدامها في
الإشارات المضاد للقلق . وإزالة الحساسية هي أكثر الطرق شيوعا للإشارات المضاد
للقلق مع الاسترخاء . إلا أن استجابات كثيرة أخرى لا تنسجم مع القلق يمكن
استخدامها في الإشارات المضاد له ، ومنها الضحك والسلوك التأكيدى والغضب
والاستجابات التي يمكن أن تستثيرها الموسيقى والأكل والتخيل الإنفعالى والتنفيس
التنفيرى . ويستعان بهذه الاستجابات غير المنسجمة مع القلق حين يصعب على
العميل الاسترخاء ، أو لقوة الاستجابة الأخرى لدى العميل ، أو لأن الاستجابة
الأخرى هي التي تحتاج إلى أن تقوى بصورة مستقلة : وقد أمكن استخدام الضحك
لعلاج حالة قلق لدى فتاة ترتبط بلقاء حبيب سابق لها في حفل مرتقب وباستخدام
هيراركية مختصرة . ولكن ذلك يتطلب أن يكون الفرد مستعدا لتعلم الضحك على
نفسه أو على الموقف ، وأن يغير العميل الموقف في خياله لتيسير جعله مثيرا
للضحك ، وكذلك استخدم الغضب بأن يتصور العميل منظرا مثيرا للقلق يستجيب
له بالغضب والألفاظ الغاضبة والنشاط العضلى العنيف .. كما استخدمت الموسيقى
لعلاج قلق لدى شاب كان يصعب عليه الاسترخاء ولكنه كان لاعب جيتار وتستثيره
موسيقى معينة ، وكان يطلب منه تخيل نفسه يلعب الموسيقى . ونحن نعلم أن جونز
استخدمت الطعاب في الإشارات المضاد للخوف من الأرنب لدى بيتر طفل الثالثة من
العمر .

التخيل الانفعالى : Emotive Imagery

وهو إشارات مضاد للقلق بصور تستثير الانفعالات مثل الكبرياء والفخر
والوجدان وتأكيد الذات ، وهو يتداخل مع المناهج الأخرى للإشارات المضاد . وقد
استخدم أساسا مع الأطفال الذين يصعب عليهم الاسترخاء . ويمكن مع الراشدين
الجمع بينه وبين إزالة الحساسية . وقد استطاع لازاروس وآيراموفيتز مبتكرا

الأسلوب ، علاج الخوف من الظلام لدى طفل في سن العاشرة عن طريق تخيله قصة عن نفسه في مواقف متضمنة وأبطال المسلسلات التي يجيها مثل « سوبرمان » و « كابتن سيلفر » على أن تتزايد هذه المواقف تدريجيا في مقدار الظلام فيها . وقد استطاع هذا الطفل في نهاية الجلسة الثالثة تخيل نفسه دون قلق في حجرة الحمام والأنوار كلها مطفأة في انتظار رسالة من السوبرمان . وقد أنهى العلاج الخوف من الظلام بل وتحسين أداء الطفل في المدرسة وقل شعوره بعدم الأمان .

التنفيس التفريري : Aversion Relief

ويشير إلى إبعاد حدث منفر مثل الصدمة الكهربائية . ويمكن الجمع بين هذا التحرر من التنفير - وهو أمر يفترض أنه سار - وبين كلمة مثل « هدوء » أو يستخدم في أشرط مضاد للقلق عن طريق مزاجته بموقف قلق . وهناك « التحرر التنفسي » وفيه يجبس الفرد تنفسه ثم يبدأ في التنفس حين يقدم له موقف يستثير القلق .

وتكتشف كل يوم طرق جديدة للإشرط المضاد للقلق . ومن ذلك أن امرأة ضاقت بسخرية الناس منها وسبهم لها مما دفعها إلى الشجار المستمر . وقد تضمن علاجها أن تتخيل نفسها تضحك على الشخص الذي يسبها . وتنطبق كل الطرق السابقة المستخدمة في الإشرط المضاد للقلق على الاستجابات الانفعالية الأخرى مثل الغضب والغيرة والإحباط ، بل والتعصب ضد السود . (١٣ ، ص ٤٠) .

العلاقة بين إجراءات خفض القلق :

يتضمن التخلص التدريجي من الحساسية تدريجيا على الاسترخاء ويجرى على مستوى التخيل ، أما الغمر والتعرض المتدرج والتمذجة المشاركة المتدرجة فهي لا تشمل الاسترخاء ، وقد تجرى على مستوى التخيل أو في الواقع . وقد يبدو أن هذه الإجراءات متعارضة ، إلا أن هناك عنصرا مشتركا بينها وهو عنصر حاسم في فعاليتها ، وذلك أنها تتضمن كلها تعرضا في الخيال أو في الواقع لموقف يستثير القلق دون تجنب أو هروب . ويشير ذلك إلى وجود عملية سلوكية أساسية هي « الانطفاء » Extinction ، أي الاستثارة المتكررة لاستجابة شرطية (قلق) دون

تدعيم عن طريق التجنب أو الهروب ، مما يؤدي إلى تناقص حالة القلق . وقد تعمل عوامل أخرى في هذه المواقف ومنها تشجيع وتدعيم المعالج لإصرار العميل على بذل الجهد ، وما يحققه المريض من ارتفاع في « تقدير الذات » بالإضافة إلى الدور الذي يلعبه إرجاع الأثر المستمر للتقدم . وهنا قد يثار السؤال عن محكات المفاضلة بين هذه الإجراءات . أول المحكات بالطبع هو خبرة المعالج بالأسلوب المعين ، ثم ملائمة الأسلوب لمريض معين . فالعمر مثلا هو عادة أكثر الأساليب فعالية وسرعة ولكنه قد يكون غير ملائم إما لرفض العميل أو لأسباب طبية . وتشير البحوث والخبرات إلى أن استخدام المواقف الفعلية أكثر فعالية من التخيل ، إلا أن ذلك قد لا يكون ميسورا في بعض الحالات مثل الخوف من الطيران . وفي هذه الحالات ، قد يستعان باستخدام الشرائح المصورة والتسجيلات الصوتية إلى أن يكتسب المريض ثقة بنفسه ، فيبدأ المعالج في استخدام رحلات جوية قصيرة المدى . ويستحسن الاستعانة بالتخلص التدريجي من الحساسية في الحالات التي يكون فيها الاضطراب مصحوبا بمكون سيكوفسيولوجي ، وهكذا فإن الاسترخاء يفضل في علاج حالات التهته وعسر الطمث والربو (٢٥ ص ١٣٦٩) ، والاضطرابات المشابهة التي يكون فيها التوتر العضلي الزائد والاستثارة الانفعالية أجزاء من الحالة الباثوفسيولوجية .

الفصل الرابع

الإشراط الإجرائي

الإشراط الإجرائى

يقوم الإشراط الاستجابى (الكلاسيكى) على أساس الارتباط بين المنبهات ، وعلى العكس منه يتناول الإشراط الإجرائى التعلم والتغيرات الدافعية التى تقوم على أساس الأحداث التى تلى السلوك وتكون بعامة نتيجة للسلوك . فالعامل يتناول أجره بعد عمل لعدد معين من الساعات ، والطالب يحصل على درجة على اختبار نتيجة إنجاز فى مستوى معين . والطفل يزجر لاستخدامه ألفاظا معينة . فى هذه الحالات تقوم علاقة مشروطة بين الشخص (العمل عددا من الساعات ، الحصول على درجة فى اختبار ، استخدام كلمات معينة) وبين حدث ناتج مشروط (أجر ، درجة ، زجر) . والإشراط الإجرائى هو نموذج التعلم القائم على أساس تأثيرات على السلوك للأحداث المشروطة وتعلم طبيعة العلاقة المشروطة . فإذا ما أدى الحدث المشروط إلى أن يزيد احتمال أن يسلك الشخص بطريقة مشابهة فى موقف مشابه ، فإن الحدث يسمى مدعما . فمثلا ، قراءة الوالدين قصة للطفل حين يرفض الذهاب لفراشه والنوم قد تصبح مدعما لبكاء الطفل . ومن الناحية الأخرى ، إذا أدى الحدث المشروط إلى إنقاص احتمال وقوع السلوك فإن الحدث يسمى عقابا . فالخدمة السيئة فى بنك مثلا تصبح عقابا يؤدي إلى أربعة احتمالات : تدعيم إيجابى ، تدعيم سلبى ؛ عقاب إيجابى ، وعقاب سلبى .

التغيرات فى الحدث المشروط

		زيادة	نقص
التغيرات فى احتمال حدوث السلوك	زيادة	تدعيم إيجابى	تدعيم سلبى
	نقص	عقاب إيجابى	عقاب سلبى

شكل (١) : تأثيرات الأحداث المشروطة (١٣ ، ص ٧٨)

التدعيم الإيجابي :

هو زيادة احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة في الحدث المشروط . مثال :
زيادة عدد الموظفين الذين يقدمون تقاريرهم في مواعيدها بعد أن بدأ المدير الجديد توجيه الثناء على من فعل ذلك .

التدعيم السلبي :

زيادة احتمال حدوث سلوك نتيجة نقص في الحدث المشروط . مثال : تعلم الشخص استخدام مهارات الاسترخاء للتخلص من القلق مع نقص القلق يعمل بوصفه مدعما سلبيا ؛ أو عميل في إشراف مضاد تنفيري يرغب على التخلي عن تدخين السجائر يتأثر المدعم السلبي لنفث الدخان الساخن في وجهه بواسطة آلة . أى أن التدعيم السلبي يقوم على أساس إنقاص شيء غير مرغوب مثل الألم أو القلق . والتدعيم السلبي ليس عقابا ، بل هو زيادة احتمال وقوع السلوك بينما يكون العقاب هو نقص احتمال وقوع السلوك . وهو أساس الإشراف الهروني ، أى تعلم الهرب من موقف تنفيري وتدعيمه من خلال نقص التنفير . فمثلا يتعلم الفرد مغادرة منزل جاره إذا بدأ هذا الجار يفقد صوابه وحكمة التصرف بتأثير الكحول . وقد يؤدي الإشراف الهروني إلى إشراف تجنبى يتعلم فيه الشخص تجنب الموقف المنفر ، كأن يتجنب الفرد الذهاب إلى منزل جاره في المثال السابق . وقد يتجنب السياسيون اتخاذ قرارات صعبة مطلوبة خشية وقوع اضطرابات .

العقاب الإيجابي :

وهو نقص احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة في الحدث المشروط . وهذا هو ما يعنيه معظم الناس حين يستخدمون كلمة « عقاب » . فإذا أعطى مدرس الجبر مثلا للتلميذ واجبات منزلية إضافية في كل مرة يشكو فيها التلميذ من أنه لا يستطيع متابعة الدراسة في هذه المادة ، فإن هذه الواجبات تعمل بوصفها عقابا يؤدي إلى تناقص طلب المساعدة .

العقاب السلبي :

وهو نقص احتمال حدوث السلوك نتيجة نقص الحدث المشروط . وهو يعادل نقص شيء مرغوب بعد وقوع سلوك ما . فمثلا ، إذا تهته شخص في كل مرة يقطع فيها عرض شريط سينمائي كان يشاهده ويصفه وأدى ذلك القطع إلى إنقاص التهته ، فإن وقف عرض الفيلم يعمل بوصفه عقابا سلبيا على التهته .

ويوضح الشكل (١) الأنواع الأربعة من الأحداث المشروطة . ويلاحظ أن وقوع أو وقف نفس الحدث قد يعمل بصورة مختلفة طبقا للسلوك المشروط عليه . فإذا كان وقوع حدث سار ينتج تدعيما إيجابيا ، فإن منعه ينتج عقابا سلبيا . وإذا أنتج وقوع حدث منفر عقابا إيجابيا فإن منعه سوف ينتج غالبا تدعيما سلبيا . ولهذا السبب نخلط أحيانا بين التدعيم السلبي والعقاب .

خط الأساس :

إذا سجلنا احتمالات حدوث سلوك معين ، مثلا كم مرة يحدث هذا السلوك قبل أن نستخدم واحدا من الأنواع الأربعة السابقة من التدعيم ، فإن هذا الاحتمال الأول يسمى خط الأساس baseline . والإشراف الإجرائي هو إقامة علاقة مشروطة بين السلوك والحدث تغير من احتمالات حدوث السلوك بعيدا عن خط الأساس . فإذا ما أنهينا العلاقة الإجرائية ، فإن السلوك سوف يعود إلى مستوى خط الأساس . وهي العملية المسماة « الانطفاء » . وهكذا ، فإن تدعيم السلوك يزيد من احتمالات وقوعه بعيدا عن خط الأساس ، بينما ينطفئ وقف التدعيم السلوك ويرجع به إلى خط الأساس . فتوقيع عقوبة على سلوك ينقص من احتمالات حدوثه بعيدا عن خط الأساس ، بينما يسمح وقف العقاب للسلوك بأن ينطفئ ليعود إلى خط الأساس .. ويمكن إبطاء الانطفاء أو منعه إذا استخدمت متغيرات أخرى لمساندة السلوك عند مستواه الجديد . فمثلا ، قد يتعلم شخص لا يؤكد ذاته ، أن يكون أكثر تأكيدا للذات إذا وجد التدعيم والتشجيع من أعضاء جماعة التدريب على تأكيد الذات .. وإذا كان السلوك التأكيدى الجديد سارا للعميل ومفيدا (مدعما) له في حياته اليومية ، فقد يستمر دون عون من الجماعة . وأحيانا بعد أن ينطفئ سلوك ، فإن احتمالات حدوثه ترجع إلى الواجهة التي كان عليها قبل الانطفاء . ويسمى ذلك

« الاسترداد التلقائي » Spontaneous Recovery فمثلا ، قد يحصل تلميذ على انتباه مدرسه (تدعيم) يومى السبت والأحد عن طريق اللعب بالكتب فى الرفوف القريبة من مقعده . ومن يوم الاثنين إلى الأربعاء يطفىء المدرس هذا السلوك . وفى يوم السبت يحاول التلميذ مرة أخرى (استرداد تلقائي) ولكن لحسن الحظ يمكن إطفاء ذلك بسهولة .

ومن المهم فى الإشراف الإجرائى أن يتعلم المعالج توجيه أسئلة مثل : ما هى الوظيفة التى يحققها السلوك المعين ؟ ما الذى يدعمه ؟ فى أى المواقف يزداد احتمال حدوث السلوك ؟ وتعلم التعرف على مصادر التدعيم هو واحد من أقوى المهارات التى يتعين تنميتها لتعديل السلوك . وقد تكشف عن مصادر تدعيم غير متوقعة فمثلا ، قد يستخدم المعالج إزالة الحساسية لإنقاص الخوف لدى العميل ولكن دون نجاح أو أنه يجد صعوبة فى الحصول على دافعية وتعاون كافيين من قبل العميل . ثم يتبين للمعالج فى بحثه عن الوظيفة التى يحققها الخوف فى حياة العميل أن الخوف يكون مدعما ومن ثم تنشأ المقاومة لمحاولات التخلص منه . فمثلا ، قد يؤدي الخوف إلى حصول العميل على اهتمام خاص أو على مزايا من قبل زملائه أو قد يعفيه من التفاعل مع مشكلات صعبة . وفى مثل هذه الحالات ، يتعين على المعالج التعامل مع هذه المصادر للتدعيم ومع المشكلات الأخرى قبل أن يستطيع إزالة الخوف . ويتمثل ذلك غالبا فى مساعدة العميل على الحصول على مصادر أخرى للتدعيم بدلاً من تلك التى يتلقاها من السلوك غير المرغوب ، ويستخدم مصطلح « الكسب الثانوى » للإشارة إلى جوانب التدعيم من سلوك غير مرغوب .

استراتيجيات تعديل السلوك فى إطار الإشراف الإجرائى

التحكم فى المنبه : Stimulus Control

هناك منبهات لكل أنواع السلوك الإجرائى تسمى « المنبهات التمييزية » Discriminative Stimuli تنزع إلى أن تهدى Cue الاستجابة . والمنبهات التمييزية لا تستثير السلوك ، على عكس المنبهات الشرطية التى تستثير استجابات شرطية ، ولكنها تهيء الفرص للسلوك ، وتزيد بمقادير أكبر أو أقل من احتمالات حدوث السلوك .

وهكذا يمكن غالباً أن نغيّر السلوك الإجرائي للشخص عن طريق تغيير المنبهات التمييزية . وهناك ثلاث طرق لذلك :

(١) إزالة المنبهات التمييزية التي تتهدى إلى السلوك غير المرغوب . فمثلاً ، للتخلص من التدخين قد نزيل المنبهات التي تزيد من النزعة إلى التدخين مثل منفضة السجائر على المائدة . ولإنقاص وزن الجسم ، قد نغير الطريق من العمل إلى المنزل لتفادي محل بيع « الحلويات » .

(٢) « التضييق » Narrowing ويتضمن تحديد السلوك لمجموعة محدودة من المنبهات . فمثلاً ، الشخص المفرط في الأكل يحتمل أنه يأكل في مواقف كثيرة . وهذا ينتج منبهات تمييزية عديدة ، منها مثلاً مشاهدة التلفزيون ، تناول مشروب ، مؤانسة الناس ، القراءة ، الخ . وهي تعمل مهديات إلى النزعة للأكل ، ولإقلال من ذلك قد نحدد الأكل بموقع واحد وأوقات معينة ، ولإنقاص التدخين قد نقصره على ظروف معينة مثل الجلوس في كرسي معين في مكان معين مثل « بدروم » المنزل أو سقفه . ويجمع غالباً بين إبعاد أو إزالة المهدئات وبين التضييق . فمثلاً ، في تحسين عادات المذاكرة من المهم إعداد مناطق جيدة للمذاكرة . فإذا كان الطالب يستذكر دروسه عادة وهو يستلق على أريكة ويأكل في نفس المكان ويستمتع إلى الموسيقى ويتحدث بالتليفون مع زملائه ، فإن الأريكة سوف تكون هادياً لأفكار ومشاعر وسلوك لا ينسجم مع المذاكرة . ومن الأفضل تحديد مكان معين لا يتم فيه شيء غير المذاكرة (مثلاً : مكتب في ركن) . والابتعاد عن هذا المكان حين ينزلق العميل إلى أشياء مثل أحلام اليقظة ، وتزال من المنطقة كل المنبهات التي لا تتفق مع المذاكرة مثل الطعام والصور والتلفزيون . وكذلك ، فإن علاج الأرق قد يتطلب الذهاب إلى الفراش فقط حين يحس العميل بالرغبة في النوم ، وألا يغادر الفراش والنوم يلح عليه ، ولا يقرأ ولا يأكل ولا يشاهد التلفزيون وهو في الفراش .

(٣) إدخال منبهات تنزع إلى كف السلوك غير المرغوب : و/أو تهدي إلى السلوك الذي لا يتفق مع السلوك غير المرغوب . فمثلاً ، إذا أراد الشخص إنقاص وزنه فإنه قد يضع صوراً وعلامات على باب الثلاجة . والفرد الذي

أقلع عن التدخين قد يبلغ كل أصدقائه بذلك ، بحيث يكون وجود صديق له منها لعدم التدخين .

ومن المفيد تغيير المهديات أو المنبهات كلما أمكن ذلك ، مثل إعادة ترتيب الأثاث ، شراء ملابس جديدة ، دهان جديد للحائط ، تناول الطعام في أماكن مختلفة والالتحاق ببناء جديد ، الخ . وتغيير المنبه مفيد في مواقف مثل الإرشاد الزواجي أو حين يكون الشخص مستعدا لتغيير طراز حياته تغييرا جوهريا . وكذلك ، فإن إبعاد الشخص عن مواقف الحياة المألوفة إلى أن ينفذ برنامج التغيير يكون مفيدا غالبا وبخاصة إذا جمع معه تغيير المنبه في البيئة التي يعود إليها العميل .

ويتضح مما سبق أن التحكم في المنبه يتناول الجانب الأسبق في السلوك الإجرائي . أما الإجراءات التالية فإنها تتناول جانب العواقب .

تدعيم السلوك المرغوب :

وهو أكثر طرق الإشراف الإجرائي شيوعا . ويجب أن يكون بعامة مكونا من كل البرامج الإجرائية حتى إذا كان الاهتمام يتركز على إجراء آخر مثل الإنطفاء . وليس هناك إطار نظري محدد وواضح لشرح طبيعة التدعيم . ولكن تتداخل في هذا الشرح أسس التعلم والدافعية تداخلا كبيرا . ولكن هذه القضايا النظرية لا تعوق التطبيق العملي . إذ يتطلب الأمر التعرف على الأحداث التي تعمل بوصفها مدعومات ثم تستخدم لهذا الغرض . ومن المهم تحديد ما يدعم سلوك العميل المعين فعلا وليس ما نعتقد أنه يجب أن يكون مدعما له .. وإحدى الطرق لذلك هي سؤال الشخص عما يدعم سلوكه وذلك من خلال أداة مثل « جدول مسح التدعيم » الذي أعده كوتيل وكاستنباوم . فقد نعتقد أن بعض الأحداث ليست مدعمة بينما هي مدعمة في الواقع فمثلا ، قد يعتقد المدرس أن صياحه في وجه التلميذ قد يفهمه على أنه مقدمة للعقاب ، بينما يكون المدرس فعلا مدعما للتلميذ كى يحصل على انتباه المدرس و/أو للحصول على تدعيم اجتماعي من زملائه لقدرته على استشارة المدرس . وأحيانا لن يكون الشيء مدعما لعميل إلا إذا كانت له به خبرة حديثة نسبيا . فمثلا ، محادثة تليفونية من قريب مع نزيل بمستشفى للأمراض العقلية لم يستخدم التليفون لعدة سنين يصعب أن يكون مدعما . ولعبة جديدة تماما لن تكون مدعمة لتلميذ في مدرسة

ابتدائية . وفي مثل هذه الحالات يحسن إتاحة فرصة لخبرة مبدئية قبل إقامة العلاقات المشروطة . ويسمى هذا الإجراء « اختبار عينة المدعم Reinforcer Sampling » . وقد يستعان أيضا برؤية العميل لشخص آخر يقوم بهذا الاختبار .

والثناء والمال إذا أحسن استخدامهما ، فإنهما يكونان مدعمين قويين . ففي إحدى المنتزهات العامة في أمريكا أمكن القضاء على إلقاء القمامة بالمنتزه عن طريق وضع ملصقة توضح أن كل من يقدم وهو خارج كيسا به قمامة سوف يحصل على ٢٥ سنتا أو على حق الاشتراك في سحب يانصيب اسبوعي جائزته ٢٠ دولارا . وخلال ١٢ أسبوعا من بدء الحملة صرف ٢٠٠ دولار جوائز ، ٨,٥٠ سنتا مكافآت ، مقابل جمع أكثر من ضعف القمامة قبل بدء الحملة . وكذلك أمكن القضاء على تأخر ستة من العمال في المكسيك عن الحضور للعمل وذلك عن طريق منح كل من يحضر منهم إلى العمل في موعده ١٦ سنتا في اليوم .

وفي مستشفيات الأمراض العقلية ، يمكن استخدام مدعومات متنوعة مثل زيارة للمدينة ، حلوى ، اختيار العميل لمن يتناول معه الطعام ، ملابس جديدة ، الخ .. وكذلك تنوع المدعومات في المجال المدرسي ومنها مثلا : فرصة أمام التلميذ للعمل مساعدا للمدرس ، رحلات ميدانية ، الخ .. وفي مجال الإدارة تشمل المدعومات : شهادات التقدير ، الثناء ، العلاوات ، الأجهزة والمعدات ، المشاركة في اتخاذ القرار ، إمكانية العمل الإضافي ، الاجازات والرحلات ، الخ .. ويرتبط هذا الموضوع بموضوع هام في تعديل السلوك وهو اقتصاديات « الماركات » الرمزية وسوف تكون لنا عودة لمناقشته في فقرات قادمة .

ومن نظريات التدعيم ذات التأثير في تعديل السلوك نظرية بريماك ، وهي تتضمن أن السلوك الذي يكون وقوعه أكثر احتمالا يمكن استخدامه لتدعيم السلوك الذي يكون وقوعه أقل احتمالا . فمثلا ، أن يطلب من طفل أكل الخضروات المقدمة إليه (الاحتمال الأقل) قبل تمكنه من الخروج واللعب (الاحتمال الأعلى) هو تطبيق لنظرية بريماك . (والتي تسمى أحيانا قاعدة الجدة ، حيث أن الجدات يستخدمن عادة هذه القاعدة) . ونفس القاعدة تطبق حين يطلب من طلبة دراسة الرياضيات (الاحتمال الأقل) تمكنهم من المشاركة في مشروع (الاحتمال الأعلى) .

التدعيم غير الظاهر :

ويتضمن تخيل العميل لمنظر سار مثل قضاء إجازة في مكان محبوب بوصفه تدعيما . ويستخدم كوتيلا هذا الأسلوب أيضا لتدعيم السلوك المتخيل . ويلاحظ هنا التوازي مع الحساسية غير الظاهرة . وفي هذا الإجراء ، يطلب من العميل تخيل تسلسل من خطوات السلوك المرغوب . وحين يتخيل العميل كل خطوة يقول المعالج « تدعيم » فيتخيل العميل المنظر السار وتتباين نتائج التجارب في هذا الإجراء كما تتباين تفسيراته ، فقد يفسر مثلا على أنه إشارات مضاد . وقد استخدم هذا الأسلوب في علاج الخوف من الثعابين لدى إناث ، طلب من كل منهن تخيل منظر ثعابين ثم الأسترخاء ثم تخيل منظر سار .

التدعيم السلبي غير الظاهر :

وهو أسلوب اقترحه كوتيلا ، واستخدم في علاج جنسى مثلى ذكر ، فكان يطلب منه تخيل ثعبان يلتف حول رقبته (منظر منفر) ثم يتحول إلى منظر يضم فيه بين ذراعيه فتاة عارية . ولكن ذلك أيضا قد يكون أساسا لإشراطا مضادا (مثلا : تنفيس تنفيرى) . إلا أنه لم تثبت بعد القيمة العملية لهذا الأسلوب (١٣) ، ص (٨٣) .

التدعيم الذاتي :

وهو قد يكون صورة من صور التدعيم اللفظي غير الظاهر ، كأن يقول الشخص لنفسه مثلا : « لقد كان ذلك عملا طيبا » ؛ أو قد يكون التدعيم في صورة مادية ملموسة كأن يتباع الشخص شيئا لنفسه . والتدعيم الذاتي هو غالبا جزء هام من عمليات الضبط الذاتي التي يدعم فيها الفرد نفسه لسلوكه المرغوب .

المبادأة بالسلوك : لكي ندعم سلوكا مرغوبا يتعين أن يحدث السلوك أولا . فإذا لم يكن مريض ككاتوني مثلا قد نطق حرفا واحدا خلال خمس سنوات ، فإنه يكون من الأمور غير الفعالة الانتظار إلى أن ينطق شيئا يدعمه . ومن ثم فإن هناك

حاجة في العلاج الإجرائي إلى استخدام طرق لمساعدة العميل على المبادأة بالسلوك لتدعيمه ومن هذه الطرق :

(١) التشكيل : **Shaping** ، أو التقريب التتابعي ، وهو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى . ففي التدريب على التأمل مثلاً ، يحسن البدء بعشر دقائق مثلاً ثم زيادة دقيقة كل يوم وذلك لتشكيل التأمل لفترات أطول . وقد عالج آليون أنثى فصامية كانت ترتدى ملابس كثيرة في نفس الوقت . وقد تضمن علاجها أن توزن قبل كل وجبة طعام لتقدير وزن الملابس (الوزن الكلي مطروحاً منه وزن الجسم) ، ولكي تحصل على الوجبة (التدعيم) كان يتعين أن يكون وزن الملابس أقل من قيمة محددة . وقد سمح لها في البداية بثلاثة وعشرين رطلاً من الملابس ، ثم انقص ذلك تدريجياً إلى ٣ أرطال فقط . وفي التشكيل اللغوي الذي يطبق في علاج الأطفال غير اللفظيين non-verbal (١٣ ، ص ٨٥) يكون التسلسل الشائع الاستخدام على النحو التالي : يعلم الطفل أولاً الانتباه إلى المدرس ، ثم يتعلم بعد ذلك تقليد السلوك غير اللفظي بدءاً من الحركات الكبيرة مثل التصفيق إلى الحركات الأدق مثل استخدام النم . ثم يتعلم الطفل تقليد الألفاظ والتي يتدرج تعلمها بحيث تتقارب بأقارب متزايدة مع الألفاظ الصادرة عن المدرس ، وأخيراً تشكل لغة الطفل بحيث يصبح الكلام وظيفياً .

ويبدأ التشكيل من النقطة التي يكون العميل عندها ثم يتدرج في خطوات صغيرة بحيث يتغير سلوكه بيسر مع تقديم التدعيم للتغيير ومعالجة الأخطاء والمشكلات في مرحلة مبكرة في الخطوات الصغيرة - وبنفس الأسلوب يمكن للاستشاري استخدام التشكيل لتغيير فلسفة وبرامج المنظمة التي يعمل مستشاراً لها .

(٢) النمذجة : وهي تتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظته سلوك شخص آخر هو النموذج . وتستخدم النمذجة على نطاق واسع لإعداد عميل لمقابلة سعياً وراء الحصول على وظيفة ، بالإضافة إلى استخدامات أخرى عديدة . ويغلب أن يقلد التلاميذ في الفصل سلوك تلميذ يثنى المدرس على سلوكه . ومن المفيد الجمع بين النمذجة والتشكيل . فمثلاً ، قد يستمع العميل إلى شريط مسجل

عليه مقابلة يدعم فيها عميل من قبل المعالج لقيامه بسلوك مرغوب قد يكون تعبيرات لفظية معينة ، ثم يدعم العميل لقيامه بمثل هذه التعبيرات اللفظية . وقد استخدم هذا الأسلوب لتشجيع الطلبة على الحصول على المعلومات في عملية تخطيط مهني وفي اختيار المسار الدراسي . وقد أوضح آزرين وفوكس كيف أمكن للعلاج الإجرائي أن ييسر بصورة درامية التدريب على عمليات الإخراج لدى الأطفال المتخلفين و « الأسوياء » . فبالنسبة للأسوياء تضمن المنهج النمذجة والتشكيل واشتمل على دمية في شكل طفل صغير ملابسها مبللة . يقوم الطفل بتعليم الدمية الاستخدام الصحيح للمرحاض بنفس الطريقة التي يتعلم هو بها . ويعطى الطفل مشروبات إضافية لزيادة معدل التبول ، ثم يتعلم من خلال التعليمات والتشكيل الإجراءات الكاملة من خلخ وإرتداء الملابس واستخدام المرحاض والتنظيف . ويدعم الطفل باستمرار من خلال الثناء ومكافأته على الاحتفاظ بملابسه جافة دون بلل . فإذا ما بلل ملابسه فإن ذلك يقابل بعدم التأييد والتدريب وبتغيير الملابس . ومن الضروري أن يكون الطفل مستعدا لتعلم هذه المهارات (في عمر حوالي عشرين شهرا) ويستخدم آزرين وفوكس اختبارات لهذا الغرض . ومن الضروري جدا أيضا أن يتفرغ أحد الوالدين تماما لهذا البرنامج لتيسير التشكيل والتعامل مع « الحوادث » فوريا . وقد وجد الباحثان أن الطفل يمكن أن يتعلم تماما هذه المهارات في يوم واحد بمتوسط أربع ساعات . وبعد البرنامج تفحص ملابس الطفل على فترات لعدة أيام للتدعيم . ونظراً لأهمية أسلوب النمذجة فسوف تكون لنا عودة له وبخاصة في المواقف الإكلينيكية التي يجمع البرنامج العلاجي بينه وبين غيره من الأساليب .

(٣) الإذبال : **Fading** وهو يتضمن أخذ سلوك يحدث في موقف وجعله يحدث في موقف ثان عن طريق التغيير التدريجي للموقف الأول إلى الموقف الثاني . فالطفل مثلاً قد يكون مسترخياً ومتعاوناً في المنزل ولكنه يكون خائفاً ومنزويماً إذا وضع فجأة في فصل في مدرسة يكون غريباً عليه . ويمكن التغلب على ذلك إذا قدم الطفل تدريجياً إلى مواقف تقارب الفصل المدرسي . والإذبال يكون هاماً بخاصة حين يتعلم عميل سلوكاً جديداً في بيئة محددة مثل عيادة ، أو مستشفى أو نزل منتصف الطريق (مرحلة متوسطة بين المستشفى والمجتمع

العادي) . ذلك أن نقل المريض فجأة من بيعة مستشفى الأمراض العقلية إلى منزله مباشرة قد يؤدي إلى ضياع الكثير من المهارات الجديدة والسلوك الجديد الذي تعلمه في المستشفى . ولذلك فإن الإذبال التدريجي من بيعة المستشفى إلى بيعة المنزل يكون أفضل . ويلاحظ أنه إذا كان التشكيل يتضمن تقريرات على جانب الاستجابة ، فإن الإذبال يتضمن تقريرات على جانب المنبه . وكل منهما شبيه باستخدام هيراركية في الإشراف المضاد .

(٤) العقاب : عقاب سلوك معين يجمع هذا السلوك غالبا وينتج عنه سلوك آخر . وربما كان هذا السلوك الجديد أو نوع منه مرغوبا يمكن تدعيمه . ونظرا لأن هذا الإجراء لا يكون عادة ذا كفاءة ، كما أنه ليس مفضلا في معظم الحالات ، إلا أن تفسيره واستخداماته تتباين ، ولذلك فسوف نعود إلى مناقشته بتفصيل أكبر في إطار برامج إنقاص السلوك غير المرغوب .

(٥) التوجيه : وهو مساعدة الشخص فيزيقيا لإحداث استجابة . فمثلا ، بوصفه جزءا من إزالة الحساسية عن طريق الاتصال ، أو بوصفه جزءا من أسلوب الإغراق ، يمكن أن يوجه الشخص كي يلمس موضوعا يستثير الخوف لديه ، أو قد يتعلم العميل مهارة يدوية أو تحريك شفثيه ليحدث أصواتا معينة .

المتغيرات في التدعيم : تؤثر متغيرات عديدة في التدعيم وأهمها :

(١) مقدار التدعيم : والإشارة هنا إلى كم وكيف التدعيم . وبإزدياد مقداره يزداد تأثيره . ولكن لذلك حدوده كما أن له استثناءاته .

(٢) تأجيل التدعيم : وهو إشارة إلى مقدار الزمن بين سلوك الشخص وتدعيم ذلك السلوك . وكقاعدة عامة ، تتحقق أحسن النتائج إذا قدم التدعيم بعد السلوك مباشرة . فالتناء على طفل لسماحه لطفل آخر بمشاركته يحقق نتيجة أفضل إذا قدم مباشرة وليس متأخرا . وترجع قوة برنامج التدريب على العمليات الإخراجية الذي سبق وصفه على الأقل جزئيا - إلى أن الثواب والعقاب قدما مباشرة بعد السلوك . ويساعد ذلك الطفل على تعلم السلوك الذي يكافأ .

ولكن الحياة في الثقافة الحاضرة والمجتمع الحاضر تتطلب أن نتعلم تأجيل الإشباع . فالعامل يقبض مرتبه بعد شهر من العمل والطالب يحصل على الدرجة الجامعية بعد سنوات ، ومشكلة الجائخ هي أنه لا يتحمل تأجيل

الإشباع غالبا . ويتطلب العلاج مساعدة الشخص على تعلم الاستجابة لعلاقات مشروطة بعيدة الأجل . ومن وسائل التعاقد السلوكي أو المشروط **Behavioral/ Contingency Contracting** . وهو أداة قوية سوف نفضل في شرحها في مقام تال .

(٣) **جداول التدعيم** : وهي تشير إلى نمط الربط بين المدعمات والاستجابات . فإذا دعمت كل استجابة صحيحة كان ذلك تدعيما مستمرا . أما إذا دعمت فقط بعض الاستجابات كان ذلك تدعيما متقطعا . وسوف نناقش هذه الأنماط وعواقبها في حديثنا عن تطبيقات تعديل السلوك في التربية .

تيسير التعميم والإبقاء على الكسب العلاجي : ومن وسائل الإذبال ، والانتقال بالعميل تدريجيا إلى صور التدعيم العادية في الحياة اليومية مثل التأيد الاجتماعي والتدعيم الذاتي ، والانتقال من التدعيم المستمر إلى التدعيم المتقطع ، وأخيراً ، إعادة برمجة البيئات الأخرى لكي تساند التغيير ، كأن يتحدث المعالج مع المدرسين والوالدين لمساندة السلوك الجديد في مختلف المواقع .

اقتصاديات « الماركات » الرمزية : كان آيلون وآزرين (٥ ، ص ١٣٦٩) أول من أوضح قوة تأثير إجراءات التدعيم الإجرائي في علاج المرضى الذهانيين في عنبر من عنابر مستشفى للأمراض العقلية . فقد استرعى انتباههما بشدة كثرة مشكلات المرضى الذهانيين المزمنين المرتبطة بتناول الطعام . وقد توصلا بعد فترة من الملاحظة المفصلة إلى فروض إكلينيكية مؤداها أن معظم مشكلات الأكل التي تصدر عن المرضى تتدعم دون قصد من خلال سلوك الأطباء وهيئة التمريض والمرضى الآخرين . ذلك أنه في هذا العنبر كان عدد أفراد هيئة التمريض قليلا وكان الاتصال الاجتماعي الرئيسي الذي يحدث بين المرضى وبين هيئة التمريض هو وقت تناول الطعام . ونتيجة لنقص قدرة المرضى على رعاية شؤونهم وحاجاتهم ، فقد كانوا يتلقون الانتباه الاجتماعي والمساعدة وكل أصناف التدعيم في هذه الفترة . وقد أراد آيلون وآزرين اختبار فروضهما ودعم سلوك أكثر تواؤما ، فغفرا من إشراف التدعيم . وبمقتضى هذا التغيير كانت كل مشكلات الأكل يتم تجاهلها وكان المريض الذي يتأخر في الحضور إلى قاعة الطعام عن الموعد المحدد لا يحصل على طعامه . فكانت النتيجة أن كل المرضى المشكلين بدأوا يتناولون طعامهم دون أى مساعدة . إلا أن انطفاء السلوك

غير المرغوب كان يشكل فقط جزءا من العلاج . ذلك أنه بعد تحرر هيئة التمريض من مساعدة المرضى في تناول طعامهم ، أمكن لأفراد هذه الهيئة التفاعل اجتماعيا مع كل مريض في صورة اهتمام وثناء مشروط بسلوك اجتماعي وبالاعتماد على الذات . وهكذا ، فإنه باستخدام التدعيم الإيجابي والانطفاء لمشكلات تناول الطعام وغيره من السلوك غير الملائم ، اختفى الكثير من السلوك النكوصي المضطرب .

وقد تقدم آيلون وآزرين خطوة أخرى عن طريق استخدام « الماركات » بوصفها وسيطا ملائما لتقديم أو لسحب التدعيم الإيجابي . وفي هذا التدعيم الرمزي يتلقى المريض عددا من « الماركات » لسلوك العون الذاتي الذي ييدر منه مثل العناية بنظافته أو تصفيف شعره أو الاستيقاظ في وقت معين وترتيب الفراش . ويمكن للمريض أن يكسب « ماركات » إضافية عن السلوك التواؤمي المقبول اجتماعيا مثل القيام بمهام هادفة إيجابية . داخل أو خارج عنبر المستشفى . ويستطيع المرضى صرف هذه « الماركات » لقضاء حاجاتهم العادية مثل الحصول على أطعمة معينة أو مواد لتزيين حجراتهم أو سلع إضافية أو ترفيه ومزايا عينية مثل شراء سجائر أو مشاهدة التليفزيون أو جولة خارج المستشفى . وكذلك تفرض غرامات في صورة ماركات على المرضى لسلوكهم اللاتواؤمي مثل تخريب الممتلكات أو العدوان البدني ، الخ . ويقدم هذا الترتيب وسيلة مناسبة للتأكد من أن السلوك المعين لكل مريض تترتب عليه عواقب معينة كما أنه ترتيب قريب من الشبكة المعقدة من الإشارات التي تعمل في العالم الحقيقي خارج عنبر المستشفى . ويمكن لمثل هذا الترتيب إذا صمم ونفذ بعناية أن يقدم للمريض نظاما معقدا للدوافع يشغله ويعمل على وقايته ضد زملة الانهيار الاجتماعي الشائعة بين مرضى المستشفيات من الذهانيين المزمنين ، وهي حالة يغلب أن تكون من عواقب الإقامة بالمستشفى أكثر من أن تكون من عواقب المرض .

وكذلك يمكن بالإضافة إلى تهيئة وسط علاجي عام في المستشفى أن يصمم المعالج استراتيجيات علاجية للمرضى الأفراد لإزالة السلوك المنحرف اللاتواؤمي أو لسد ثغرة سلوكية معينة . فمثلا ، يمكن التغلب على السلوك الانسحابي للفصامي عن طريق الابتداء بما يمكن أن يكون لديه من بقايا السلوك الاجتماعي المرغوب فيعطى « ماركات » بمجرد النظر إلى مريض آخر . فإذا تكرر هذا السلوك منه تشدد شروط إعطاء « الماركات » كأن يتطلب ذلك قيام نوع من التفاعل الاجتماعي بالإشارات

والتعبيرات الوجهية بينه وبين مريض آخر . وهكذا ينتقل إلى مرحلة أخرى مثل التحرك نحو المريض الآخر أو التبادل اللفظي معه . وقد أثبتت تجربة استمرت عدة سنين مضبوطة قام بها بول ولنتز (٥ ، ص ١٣٧) أن استخدام التدعيم العيني قد تفوق على استخدام العلاج البيؤى والعلاج العادى فى المستشفى . كما استخدم هذا الأسلوب مع جماعات متنوعة مثل المتخلفين عقليا والأطفال شديدي الانطواء على ذواتهم والأحداث الجانحين .. الخ .

وقد طبقت أساليب مماثلة فى عدد من المستشفيات بنجاح تمثل فى تحسن تقديرات الملاحظين لسلوك المرضى وفى إقبالهم على الأنشطة الاجتماعية والتحسين فى توقعات العاملين فى المستشفيات من حيث إمكانيات المرضى فى طريق التقدم العلاجي . كما استخدمت فى علاج التخلف الدراسى والجانحات من المراهقات وفى برامج القراءة العلاجية وعلاج نوبات الغضب . وقد أوضحت بعض التجارب أن « الماركات » يمكن أن تكون مرغوبة فى حد ذاتها كما هو حال الشخص الذى يعمل لأكثر مما يحتاج من المال . وتتوسع « الماركات » فتشمل العلامات والنجوم والشارات ، الخ ..

ومن الأمثلة الكلاسيكية لاستخدام « الماركات » تجربة فى منزل من منازل منتصف الطريق اسمه « مكان الإنجاز » **Achievement | Place** ضم راشدين ومراهقين ممن اصطدموا مع القانون حديثا . وقد اتبع معهم نظام « الماركات » مع استمرار انتظامهم فى مدارسهم العادية وبالتنسيق مع المدرسين والوالدين . وقد أسفرت متابعة عن أن احتمال اصطدامهم مع القانون قد قل وأنهم يتابعون دراستهم . وقد أسهم إدخال هذا النظام فى مستشفيات الأمراض العقلية فى تغيير الخمول والسلبية بين المرضى ، وأعطى المعالجين وقتا أكبر لمعالجة الحالات الفردية نظرا لأن المساعدين فى المستشفى يمكنهم الإسهام بنصيب كبير فى تنفيذ هذه البرامج . بل إن المرضى أنفسهم يمكنهم الإسهام فى اتخاذ القرارات المتعلقة بالإجراءات العلاجية . ويتقدم العميل يمكنه الانتقال تدريجيا إلى المجتمع العادى من خلال منازل منتصف الطريق والتحول من نظام « الماركات » إلى المدعمات الطبيعية فى الحياة اليومية .

ولكن بالإضافة إلى صعوبة إجراء بحوث تجريبية مقارنة لتقويم فعالية النظام ، فإنه تصادف تطبيقه صعوبات منها صعوبة إعداد برنامج يستجيب لحاجات الجميع ،

ويتعين إعطاء اهتمام بالفروق الفردية ، كما أن بعض المرضى لا يستجيبون ، وبعض المساعدين والإداريين لا يتعاونون أو ينقصهم التدريب للتعاون القائم على الفهم . وهناك مشاكل خلقية وقانونية ، فلا يجب مثلاً أن يكافأ مريض متعاون بوجبة طعام ، لأن ذلك حق له ، كما أنه لا يجب حرمانه من حقوقه وحرياته في تقدير البعض حتى لو كان الهدف علاجياً .

وتوضح النتائج أن برامج « الماركات » - ما عدا استثناءات قليلة - لا ينتج عنها تعميم للتغير في السلوك من موقف لآخر أو من وقت لآخر ، إلا أن البحوث لم تصمم خصيصاً لبحث هذا الجانب .

أساليب التنفير

تشمل هذه الأساليب الصدمات الكهربائية والمواد المسببة للغثيان وحديثاً التخيل المنفر والكثير من الأساليب الأخرى التي ينظر إليها بوصفها عقاباً . وهي الأساليب الأكثر استخداماً في تعديل السلوك الضار فيزيقياً واجتماعياً للفرد والتي لا تصلح معه الأساليب الأخرى ، كما أن هذه الأساليب يمكن ألا تكف سلوكاً ضاراً بالفرد لمدة تكفى لتعليمه سلوكاً إيجابياً يتواءم مع السلوك المشكل . وقد وجد أن السلوك الضار بالفرد يستجيب بصورة خاصة لأساليب التنفير . ويحدث هذا السلوك حين تكتسب منبهات يكمن فيها الضرر أو تمثل انحرافاً اجتماعياً ، تدعيماً فورياً قوياً له قيمته بالنسبة للفرد . وفي حالات كثيرة قد يتعين إخضاع الفرد لقيود مستمرة وفي الحالات الحادة قد يؤدي السلوك إلى الوفاة . وفي مثل هذه الحالات ، تعجز الكثير من الأساليب العلاجية عن التأثير ، بينما يؤدي استخدام الصدمات الكهربائية عند إظهار السلوك الضار إلى قمع فوري للسلوك وأحياناً إلى إزالته كلية . وتستخدم أساليب التنفير عادة بوصفها الملجأ الأخير ، ولفترة محدودة من الزمن إلى أن يكتسب العميل القدرة على ضبط الاستجابات المنحرفة عن طريق تعلم الطرق المناسبة للاستجابة .

والأساليب المستخدمة في هذا المجال تتبع الإشارات الكلاسيكية إذا ما قرن المنبه العقابي بالسلوك المشكل ، والإشارات الإجرائية إذا تبع المنبه العقابي فوراً السلوك المشكل ، أو قد يجمع بين الإجراءين . ويشار إلى النوع الأول من الإجراءات عادة

بمصطلح «العلاج التفريري» «Aversive Therapy» بينما يطلق على النوع الثاني مصطلح «الإشراف العقابي» «Punishment Contingencies» إلا أن إطلاق تسمية منهما دون الأخرى على إجراء معين يتوقف أكثر ما يتوقف على الانتفاء النظري للقيام بالتجربة أكثر مما يتوقف على تحليل الأسلوب المستخدم .

وسوف نؤجل مناقشة العقاب بوصفه يمثل استخدام منه منفر إذا ظهر سلوك معين ، وذلك في إطار عرضنا لبرامج إنقاص السلوك غير المرغوب . ويلاحظ أن العقاب يتبع غالبا نموذج الإشراف الإجرائي ، إلا أنه قدمت تفسيرات نظرية عديدة لشرح العقاب وعواقبه . وسوف نناقش أيضا في الاطار السابق إجراءات «الإبعاد» و « ثمن الاستجابة » . وهي تستخدم أسلوب سحب التدعيم الإيجابي بدلا من المنبه المنفر ، إذ يبدو أنه لا يخلف آثارا جانبية سلبية . وقد أطلق ثوريسين وماهوني على إجراءات «الإبعاد» و « ثمن الاستجابة » مصطلح «العقاب الإيجابي» نظرا لأن الشخص يمكنه أن يتعلم استخدام هذه الإجراءات بنفسه دون حاجة إلى استخدامها بوصفها منبها منفرا ، بواسطة شخص آخر .

العلاج التفريري : Aversion Therapy وهو يتبع نموذج الإشراف الكلاسيكي . ويتضمن عادة اقتران منه ذى مكافئ موجب مثل الكحول مع منه منفر مثل مادة مقيئة ، بحيث ينتج المنبه الأول استجابة منفرة . وتستخدم عادة ثلاث طرق في هذا النوع من العلاج . (أ) تنبيه كهربائي ، (ب) مادة مثيرة للغثيان ، (ج) تنفير رمزي . ونظرا لسهولة استخدام الصدمة الكهربائية ، فإنها أكثر الطرق شيوعا ، وهي تطبق عادة على الذراعين والساقين والأقدام عند تقديم المنبه الشرطي . وقد استخدمت الصدمة الكهربائية بنجاح في حالات «انحراف الملابس» Transvestism والفتيشية Fetishism والجنسية المثلية والاستعراء Exhibitionism وأنواع متنوعة من المازوكية التي تنزع إلى السلوك المدمر للذات .

وقد بدأ الممارسون يفضلون الصدمات الكهربائية عن العقاقير وذلك لسهولة التحكم فيها من حيث البداية والدوام والنهاية والشدة . كما أن استخدام العقاقير مثل تلك التي تحدث القيء تكون غالبا مكروهة من العملاء ومن المعالجين ومساعدتهم بقدر أكبر من الصدمات الكهربائية ، فضلا عن أن بعض العقاقير تؤثر في الجهاز العصبي وتعوق التعلم وتقلل من فعالية العلاج . وقد عولج شاب عمره ٢٣ عاما من

تعاطى الهيروين باستخدام صدمات كان يصف خلالها تعاقب السلوك المؤدى إلى تعاطى الهيروين ، ثم حين يتحول إلى تخيل منظر لا يتعاطى فيه الهيروين توقف الصدمة . ومن الممكن استخدام صدمات كهربائية من أجهزة صغيرة يمكن حملها . إلا أن مصادر أخرى للتفسير تستخدم أحيانا ومنها دخان السجائر والروائح الكريهة ، والصور والأصوات المنفرة والنقد الاجتماعي والشخصي ومناظر متخيلة منفرة . واستخدمت في بعض التجارب آلة تنفث دخان السجائر الساخن في وجه المدخن خلال تدخينه .. وقد أوقف ذلك عدد المدخنين في هذه التجارب بنسبة ٦٠٪ في هذه التجارب .

ويستخدم العلاج الكيميائي التنفيري بنجاح في تعديل أنواع من السلوك المدمر للذات والمنحرف اجتماعيا وبخاصة في حالات الكحولية . ويعطى العميل جرعات من مادة مثيرة للغثيان مثل امييتين ويعرض للمنبه الشرطى قبل بدء الغثيان . ويطلب منه أن يشم أو يتذوق أو يشرب الكحول عند اشتداد الغثيان . ويتكرر اقتران الغثيان بالمنبه الشرطى (الكحول) عدة جلسات إلى أن يصبح العميل قابلا للغثيان بمجرد التفكير في الكحول أو بمجرد سماع تعليق عليه (المنبه الشرطى) . ورغم تعدد نجاح مثل هذه المحاولات ، إلا أن لها بعض المساوئ ومنها أن الأفراد يستجيبون استجابات مختلفة لنفس العقار أو لنفس الكمية من العقار في أوقات مختلفة . كما أن التأثير متدرج غالبا ولذلك يصعب ضبطه بواسطة المعالج . ومن المحتمل ظهور تأثيرات جانبية ومنها تغيرات فسيولوجية .

التفسير الرمزي : وهو الطريقة الرئيسية الثالثة من طرق العلاج التنفيري ، ونظرا لأنه لا يتضمن تنبها فيزيقيا منفرا ، فإن احتمال مقاومته من جانب العملاء أقل منه في حالة الصدمة الكهربائية أو استخدام المواد الكيميائية . وفي هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يتخيل خبرة منفرة في وقت تقديم المشكلة . وقد يقدم المنبه الشرطى بصورة رمزية ، وكما هو الحال في الصور الأخرى من العلاج التنفيري فإن تكرر الاقتران يؤدي إلى الترابط السلبي الشرطى . وقد يبدأ العلاج بتخيل المنبه غير الشرطى مثل الغثيان مع السكر ، في حين يكون المنبه الشرطى حقيقيا مثل أنواع من المشروبات الكحولية تنبعث منها رائحة الخمر في الحجرة . وفي حالات أخرى ، قد يطلب من العميل تخيل كل من المنبه الشرطى وغير الشرطى ، كما هو الحال في أسلوب

« الحساسية الباطنة أو غير الظاهرة » **Covert Sensitization** . والهدف من هذا الأسلوب هو إنطفاء السلوك الشرطى غير المناسب ، مثل الإسراف فى تعاطى الكحول ، وذلك عن طريق تخيل منبهات مؤلمة أو منذرة بالخطر قبل وبعد تخيل أو خيرة السلوك غير المرغوب . وكما هو الحال فى إزالة الحساسية ، فإن العميل يتعلم كيف يسترخى ، وتشرح مشكلته كما تشرح الإجراءات فى ضوء أسس التعلم ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يتصور خطوة خطوة أنواع السلوك المرتبطة بالسلوك المشكل . وحين يستطيع العميل تصور المنظر المستهدف ، يطلب منه أن يتصور خيرة مؤلمة جداله ، مثل القيء الذى يصعب ضبطه . ويتكرر هذا الاقتران بين تصور السلوك المستهدف والموقف المؤلم إلى أن يشعر الفرد بالغثيان أو يخبر مشاعر منفرة مماثلة حين يتصور السلوك المشكل فقط . وكذلك فإن اقتران المناظر الموجبة بتلك التى ينفر منها العميل أو ينهى بها السلوك غير المرغوب ، يكون له تأثيره أيضا . وقد طبقت هذه الطريقة لعلاج مشكلات التدخين والانحراف الجنسى والسمنة المفرطة والكحولية .

علاج الإثارة من خلال الأخييلة :

ومن أنواع العلاج التى تستخدم التنفير الرمضى ولكن فى إطار نموذج : المنبه - الاستجابة ما يسمى « علاج الإثارة من خلال الأخييلة » **Implosive Therapy** ، وهو صورة من الإغراق يعرض فيه العميل فورا لأشد درجات المواقف المتخييلة استثارة للخوف ، كأن يطلب من مريض يعانى من مخاوف التواجد فى الأماكن المرتفعة **Acrophobic** (رهاب المرتفعات) أن يتخيل نفسه يسقط من فوق مبنى مرتفع أو يطلب منه أن يتصور نفسه ساقطا من عل فى ظلام . دامس ، ويحاول المعالج أن يجعل العميل يعى مشاعره وإحساساته خلال السقوط ، وأن يحس تأثير ارتطام جسمه بالأرض ، وأن يتصور جسمه المهشم . ومن المهم أن يؤكد المعالج على كيف يحس الشخص وما يراه خلال تصوراتته . وإذا تذكر العميل حادثا مفاجعا وقع له فعلا ، تعين على المعالج أن يركز تصور العميل حول هذه الخيرة ، ويستند هذا النموذج إلى قاعدة بافلوف الكلاسيكية فى الانطفاء ، وهى أنه حين يتكرر اقتران الاستجابة الشرطية (الخوف أو القلق) بالمنبه الشرطى دون اقتران دورى بالمنبه غير الشرطى (الألم الحقيقى) فإن الاستجابة الشرطية تنطفىء تدريجيا .

ويقترض البعض أن هذا الانطفاء يتم بأقصى سرعة إذا تحقق أقصى قدر من التشابه بين ظروف انطفاء المنبه والموقف الأصلي المثير للقلق . وفي إحدى التجارب عولج طلبة جامعيون يعانون من المخاوف من الفئران ، فكان الطالب يعرض لموقف مثير لأشد درجات الخوف عن طريق تخيل فأر يأكل أحشائه الداخلية وذلك في جلسات مقننة ، بينما طلب من أفراد المجموعة الضابطة تصور موضوعات محايدة مع بعض التدريب على الاسترخاء . وقد وجد بعد نهاية جلسة واحدة فقط أن ١٤ من ٢٢ طالبا في المجموعة التجريبية استطاعوا الإمساك بفأر أبيض ، بينما استطاع ذلك اثنان فقط من ٢٢ طالبا في المجموعة الضابطة . ولكن يرى بعض الباحثين أن النتائج متناقضة ، وأن بعضها له آثار سلبية (١٣ ، ص ٤٧) ويوصى كوتيلا بتبادل المناظر المنفرة مع المناظر المرغوبة وبالتكامل مع مكونات أخرى مثل الاسترخاء .

وأخيرا ، يعترض البعض على استخدام وسائل التنفير إما على أساس أخلاقي أو على أساس بعض التأثيرات الجانبية التي يمكن أن تنشأ عنها مثل الشعور بالألم وإنهاء العلاقة العلاجية وسلوك الإحجام ، الخ .. ولكن المهم في نظر البعض الآخر أن هذه الأساليب أثبتت فعاليتها وأن هذه التأثيرات الجانبية يمكن تجنبها باصطناع بعض الضوابط ، كما أن إشراك العميل في اتخاذ القرار المتعلق باختيار العلاج التنفيري قد يسهم في تحقيق التأثير العلاجي . ويمكن القول بعمامة أن أى سلوك لا يجب أن يعاقب إذا لم يكن هناك سلوك بديل متاح .

ويبقى التساؤل عن الميكانيزم المسئول عن فعالية العلاج التنفيري . وفي هذا الصدد ، قارن فلدمان وماككولوك في دراستهما المستفيضة في علاج الجنسية المثلية بين نموذج الإشراف الكلاسيكي وبين نموذج تدريبي في التجنب ، فلم يجدا فروقا ملموسة بين النموذجين وقد جمعا بعض البيانات عن استجابات فسيولوجية خلال إجراءات الإشراف ، ووجدا أن تغيرات معينة في الاستجابات الأوتونومية أمكن أن تنبأ عن تغيرات سلوكية ظاهرة مما قدم دليلا على صحة الافتراض بأن تأثير الإشراف هو المسئول عن النجاح العلاجي . (٧ ، ص ٢٣٢) .

وهناك تصور بديل للعجز الجنسي يفترض أن أصوله تكمن في مجرد فقدان الاهتمام أو السأم بدلا من القلق . وقد وجد أن منهجا علاجيا أطلق عليه مصطلح « الإشراف الإيجابي » يقوم على أساس هذا التصور كأن أكثر فعالية من التخلص التدريجي من الحساسية وفي منهج اسمي « العلاج الجنسي الجديد » وصفه سولود وكابلان بأنه توفيقى يشتمل على أساليب سلوكية وسيكودينامية واجتماعية . وقد وجد أنه أكثر فعالية (على أساس المقارنة مع جماعات ضابطة لم تخضع للعلاج) في حالات الخلل الوظيفى الشبقي ، وذلك في ضوء التقارير الذاتية للمرضى . وأخيراً ، تشير دراسة نقدية لختلف الأساليب العلاجية الناجحة للاضطرابات الجنسية إلى أن العامل العلاجى الفعال والمشارك فيها هو التعرض التدريجي بالإضافة إلى التدريب على المهارات الإجتماعية .

العلاج السلوكى للاكتئاب : تشترك طرق العلاج السلوكى للاكتئاب في اعتبارها ظاهرة الانطفاء أساسا للاكتئاب ، وذلك رغم أن كل طريقة منها تنفرد بجوانب معينة . وعلى العكس من النظريات الدينامية ، فإن العداوة والغضب ينظر إليهما بوصفهما تأثيرات وليست أسبابا للسلوك المشكل . وقد بنى سيليجمان نموذج « العجز المتعلم » على أساس نتائج البحوث المعملية على الحيوان . ويتضمن في صياغته النظرية ضرورة العمل للحصول على استجابة مبكرة من المريض والتأكيد على قيمة جداول التدعيم المتغيرة والاستراتيجيات المعممة في مواجهة مشاكل الحياة لمنع تكرار الاكتئاب . وتفسر زيادة نسبة الاكتئاب بين النساء على أساس نقص التدعيم المرتبط بفقدان الحياة العائلية والزوج و /أو الأطفال . ولذلك يتعين أن يركز علاج مثل هذه الحالات على توقعاتهن الزائدة وأحيانا المطلقة على التدعيم من تلك المصادر وعلى تهيئة مصادر بديلة .

ويركز منهج ليفنسون Levinsohn وزملائه في العلاج على المعدل النسبى للتدعيم بوصفه العامل المركزى في تكوين الاكتئاب وفي التخفيف منه . وقد يشتمل العلاج على مكون أو أكثر من المكونات التى تهدف إلى إستعادة التدعيم المناسب ، بما فى ذلك إنقاص السلوك الزائد ، وزيادة الأنشطة المثية . ويفترض أن التدعيم هو على الأقل جزئيا ، دالة على الاستمتاع الذاتى للفرد وأن المنهج العلاجى الذى يدور حول

النشاط والزيادة الموضوعية في الثواب والتي تتولد عن النشاط سوف يدر كان على أنهما ساران وممتعان كما يفترض أن التدخلات السلوكية في علاج الاكتئاب لن تكون نتائجها دائمة إذا لم ينتج عن الانخراط في النشاط استمتاع .

ولا يفترض لازاروس في منهجه المتعدد أن الاستمتاع الذاتي سوف يتبع حتما زيادة المدعمات ، ولكنه بدلا من ذلك يشمل اهتماما مقصودا بالاسراع بالاستمتاع بالمدعمات وتوفير هذا الاستمتاع عن طريق تدخلات حسية أو خيالية . فإذا وجد القلق ، فإن لازاروس يوصى باستخدام التخلص التدريجي من الحساسية بوصفه مصاحبا علاجيا فعالا - ويزعم لازاروس أنه أمكن الحصول على تحسن دال في فترة متوسطها ثلاثة شهور فقط باستخدام منهجه العلاجي مع الاكتئابيين المزمنين . إلا أنه يتعين التأكد من حقيقة هذه النتائج باستخدام جماعات ضابطة دون علاج .

ونظرا للانتشار المتزايد لمنهج بيك Beck في العلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب فإننا سوف نناقشه بتفصيل في الفصل العاشر .

العلاج السلوكي لاضطرابات الوسواس - القهر :

يتمثل العلاج السلوكي التقليدي للوسواس القهري في أسلوب « وقف الأفكار » و /أو منع الاستجابة الطقوسية . إلا أن نتائج البحوث الحديثة في قيمة أسلوب « وقف الأفكار » متناقضة . وقد وجد أن وقف الأفكار المحايدة يتساوى أو يفوق في فعاليته وقف الأفكار الوسواسية ، مما يشير إلى أن المفتاح الرئيسي للتحسن قد يتمثل في تكوين استجابة معمرة للمجابهة ، وقد وجد أن التعرض للمنبه ووقف الأفكار يتساويان في علاج عصاب الوسواس ، مع تفوق ضعيل للأسلوب الأول . وقد اقترح راشمان أسلوبا من عنصرين لعلاج الأفكار الوسواسية يقوم على أساس مبدأ « المقصد المتناقض ظاهريا » Paradoxical Intention الذي يشمل الإشباع (بدلا من وقف الأفكار) ومنع الاستجابة بالسلوك « الصحيح » (وهو ما يعتقد أنه جزء متكامل من الاجترار الوسواسي) . وقد استخدم التعرض للمنبه مع منع الاستجابة في علاج الطقوس القهرية . ولكن العلاج قد يطول أحيانا . وقد وجد أن

المجال الاجتماعي للمريض متغير قوى . كما تزداد فعالية الجلسات الطويلة للتعرض للمنبه عن الجلسات القصيرة . وكذلك فإن المواقف الحية أكثر فعالية من المواقف المتخيلة ، كما أن تأثير التعرض التدريجي في مواقف حية يتساوى مع الإغراق - ولذلك يوصى باتباع الأسلوب الأول لأنه يستثير قدرا أقل من القلق .

برامج إنقاص السلوك غير المرغوب

يجب بداية التنبه إلى أن إنقاص سلوك غير مرغوب ، يتعين أن تدعمه زيادة سلوك آخر مرغوب ، ومن برامج إنقاص السلوك غير المرغوب ما يلي :

الإنطفاء :

إقامة علاقة مشروطة بين سلوك وحدث مشروط هو إشراف إجرائي ، بينما يكون إنهاء هذه العلاقة إنطفاء إجرائي . وقد عولج وليد عمره ٢١ شهرا من سوررات الصراخ التي كان ينخرط فيها إذا ترك الوالدان غرفته قبل أن يخلد إلى النوم . وكان يستمر في هذه النوبة إلى أن يعود الوالدان إلى غرفته . وقد دعم هذا السلوك من قبل الوالدين استمرار النوبات ولكن حين تجاهلها الوالدان تماما ولم يرجعا إلى غرفة الطفل انطفأ هذا السلوك تماما (١٣ ، ص ٩٧) . ولكن الشخص لا يتعلم سلوكا بسيطا استجابة لمنبه بسيط ، فهو يتعلم هيراركية كاملة من السلوك . والسلوك في قمة هذه الهيراركية هو الأكثر احتمالا في حدوثه ، ويليه ما تحته ، وهكذا . ويتوقف موقع السلوك في الهيراركية والمسافة بينه وبين ما يسبقه أو يليه على تواتر تدعيمه . فإذا ما انطفأ السلوك في القمة ، فإن السلوك التالي سوف يحدث ، فإذا ما اعتبر هذا السلوك الأخير غير مرغوب ، تعين العمل على انطفائه . وهكذا يتطلب الانطفاء وقتا طويلا قد يشمل الهيراركية كلها أو إلى أن يتحقق سلوك مرغوب ولذلك ، فإن إجراء الانطفاء لا يتسم بالكفاءة إلا إذا كانت الهيراركية صغيرة كما هو الحال مع معظم مشكلات الأطفال . ومن الأفضل بعامة التأكيد على تدعيم سلوك مرغوب بدلا من

السلوك غير المرغوب . وقد يكون للانطفاء آثار جانبية مثل الاحباط والغضب والارتباك ، وهى تأثيرات يمكن الاقلال منها إذا دعم في نفس الوقت سلوك بديل . وقد اقترح كوتيليا « الانطفاء غير الظاهر » أى تخيل العميل لنفسه وهو يقوم بالسلوك غير المرغوب دون أن يدعم . ويستعان بهذا الإجراء حين يصعب التحكم في العلاقات في البيئة أو حين لا يتعاون العميل في الانطفاء العادى . إلا أنه لا توجد بحوث تؤكد مدى فعالية هذا الأسلوب .

الممارسة السلبية وعكس العادة : وهما طريقتان للعلاج بقصد الإقلال من العادات العصبية المنتشرة والتي تشمل اللزمات مثل قضم الأصابع وبعض صور التهته وبعض أخطاء الكتابة مثل تكرار حرف . والممارسة السلبية Negative Practice هى إنقاص عادة عصبية عن طريق استمرار تكرار الاستجابة بصورة واقعية قدر الإمكان . إذ يكرر الشخص هذه العادة عن قصد عدة مرات إلى أن يتعب . وقد عولجت حالة رجل فى السادسة والعشرين من عمره ظل لمدة ٢٥ عاما يضرب رأسه فى الوسادة وهو نائم مما نتج عنه نوم غير مريح وإصابات فى جلد جبهة الرأس ، وقد تكونت الممارسة السلبية من ضربه لرأسه عدة مرات بنفس الأسلوب الذى كان يتبعه وهو نائم كما لوحظ وصور فوتوغرافيا من قبل زوجته . وكان يقوم بهذه الممارسة السلبية قبل أن يخلد إلى النوم وحتى نقطة التنفير . وقد زالت هذه العادة خلال أربع جلسات واستطاع أن ينام نوما مريحا ، وقل قلقه خلال النهار (١٣ ، ص ٩٨) . وتتناقض نتائج الخبرات فى فعالية هذا السلوك فقد نجح فى بعض الحالات بينما فشل فى البعض الآخر . كما أنه ليس من الواضح كيف يعمل هذا الأسلوب - إلا أن مكبولاس يرى أنه أساسا تعلم تمييزى ، أى تسبب الممارسة السلبية أن يتعلم الشخص التعرف على المنبهات المرتبطة بالعادة ، وحين تمارس العادة أو تبدأ فى الحدوث ، فإن الشخص سوف يكون أقدر على وقفها أو إنقاصها . ومن التفسيرات الأخرى الانطفاء بفعل حدوث العادة دون تدعيم ؛ التأثير القمعى للعقاب ، والتعب الناتج عن الممارسة السلبية .

أما عكس العادة Habit Reversal فهو برنامج أكثر تعقيدا فى علاج العادات العصبية إذ يعلم العميل أولا أن يكون واعيا بحدوث العادة العصبية فى كل مرة تحدث

فيها ، ثم يعلم القيام باستجابة لا تنسجم مع الاستجابة غير المرغوبة . مثلا قبض اليدين بشدة على الجانبيين يتعارض مع قضم أظافر الأصابع - ويتكرر ذلك في كل مرة تحدث فيها العادة أو تكون على وشك الحدوث ، كما يتعلم القيام بالاستجابة المضادة في مواقف الحياة اليومية . ويحاول المعالج تقوية الدافع للإقلال من ممارسة العادة وتنفيذ البرنامج ، ويتضمن ذلك زيادة التعزيز الاجتماعي للتغيير وإنقاص أى تدعيم للعادة . وتفيد التقارير بأن هذا الإجراء كان فعالا بنسبة ٩٥٪ بعد اليوم الأول من التدريب دون انتكاس لعدة شهور ، وذلك في محاولات إزالة عادات عصبية مثل قضم أظافر الأصابع ومص الأصابع وضرب الرأس (١٣ ، ص ٩٩) .

ب - العقاب :

سبق الإشارة إلى وجود نوعين من العقاب : إيجابى عن طريق إظهار الاستنكار لسلوك معين مثلا ، فإذا أدى ذلك إلى إنقاص هذا السلوك كان ذلك عقابا إيجابيا . ومن صورته أيضا النقد وإيقاع الألم والغرامات ، الخ .. وتتووع نظريات تفسير تأثير العقاب . وطبقا لإحدى هذه النظريات ، فإن العقاب يستثير استجابات انفعالية مختلفة واستجابات حركية محتملة . وقد يتعلم الشخص المعاقب السلوك المرتبط بوقف العقاب (تدعيم سلبى) ، وهو يربط بين تأثيرات العقاب والمواقف والناس المرتبطين به (الإشرط الاستجابى أو الإجرائى) . وتعطى درجات متباينة من الأهمية لهذه العوامل في الصياغات النظرية المختلفة للعقاب .

والعقاب بوصفه إجراءً للتغيير له مساوئ وآثار سلبية ممكنة . فتوقيع عقاب على سلوك غير مرغوب لا ينتج بالضرورة سلوكا مرغوبا . وقد تنتج عن العقاب استجابات مثل الخوف والقلق والكراهية لمن يوقعون العقاب على الشخص . أو المجتمع . وقد لا يتعاون العمال مع المشرفين عليهم . وقد يتعلم الشخص الهروب أو تجنب الناس أو المواقف مما ينتج عنه مخاوف مرضية مرتبطة بالمدرسة أو زيادة في الغياب عن العمل . كما أن محاولة العقاب على الهروب أو التجنب قد تؤدي إلى تقوية التجنب . فتوقيع عقوبة على الطفل لخوفه من الظلام مثلا قد يزيد من هذا الخوف . كما أن الشخص الذى يوقع العقاب قد يصبح نموذجا يقتدى به للسلوك العدوانى . وقد يتعلم الأطفال تقليد آباءهم وإيذاء الآخرين ، الخ . والأشخاص الذين توقع

عليهم العقوبات قد يصبحون أقل مرونة وتواؤما في سلوكهم . فضلا عن ذلك ، فإن النتائج المباشرة للعقاب قد تدعم الشخص الذي يوقع العقاب حتى إذا كانت الآثار البعيدة المدى غير مرغوبة . ولكل هذه الأسباب فإنه من الأفضل التأكيد على زيادة السلوك المرغوب عن طريق إجراءات التدعيم بدلا من العقاب . ولكن إذا أريد للعقاب أن يكون فعالا ، تعين استخدامه بعد السلوك مباشرة وفي اتساق ، ويجب أن يتزواج العقاب بعامة مع الانطفاء وتدعيم السلوك البديل . والأفضل النظر إلى العقاب بوصفه جزءا من اتفاق تعاقدى وليس هجوما شخصيا .

وبالرغم من كل التحفظات السابقة على العقاب ، إلا أن له فعاليته في مواقف يعرض مكبولاس (١٣ ، ص ١٠١) بعضها في التجارب التالية :

(١) طفل عمره ٩ شهور ويزن ١٢ رطلا كان القيء المستمر يحول دون زيادة وزنه . وقد فشلت كل العلاجات مثل : التحكم في الغذاء ، استخدام مضادات القيء ، إقامة علاقة دافئة مع الطفل ، الخ .. لدرجة كانت حياة الطفل فيها مهددة . وقد استخدم المعالجان الالكتروميوجرام (EMG) لقياس النشاط العضلي لتحديد بداية القيء . وكان الطفل يتلقى صدمة كهربائية في كل مرة يظهر فيها الالكتروميوجرام بداية القيء ، وكانت توقف الصدمة حين يتوقف القيء . وقد تكرر هذا العقاب تسع مرات توقف الطفل بعدها تماما عن القيء وزاد وزنه إلى ٢١ رطلا . وفي تجربة أخرى، مماثلة كان الطفل يعاقب على القيء بعصر ليمونة في الفم .

(٢) عولجت فتاة عمرها ١٧ عاما لم تكن تتوقف عن العطس بمعدل عطسة كل ٤٠ ثانية . وقد فشل الأطباء الاختصاصيون والمنومون في علاجها . وحين بدأ إعطاؤها صدمة كهربائية في أصابعها في كل مرة تعطس فيها ، توقفت تماما عن العطس غير المنضبط بعد أربع ساعات ونصف ساعة من بدء العلاج .

(٣) يستخدم العقاب غالبا لتأثيره المشتت أكثر من تأثيره القمعي . فمثلا ، قد يستخدم كجزء من برنامج للضبط الذاتي رباط من المطاط يلف حول الرسغ يشبه الشخص من الجانب الأيسر ليضرب يده كلما خطرت بذهنه أفكار أو

مشاعر غير مرغوبة (ويقابل هذا الإجراء وقف الأفكار) كما أن مجرد لبس الرباط يذكر الفرد بسلوكه . وهذا التأثير المشتت هو مفتاح معظم العلاجات السلوكية للانطواء الشديد حول الذات Autism .

(٤) الانطواء الشديد حول الذات : هو فئة تشخيصية لم تعرف تعريفا دقيقا ، ولكنه في حالاته المتطرفة يشمل الخصائص التالية : لا يتكلم الطفل إطلاقا أو يكون شحيح الكلام ؛ يقلد بعض هؤلاء الأطفال الأصوات بينما لا يفعل ذلك البعض الآخر ، لا يستجيب الطفل إلى اللغة أو المهديات الاجتماعية الأخرى . ويبدو الناس مجرد موضوعات للطفل المنطوى حول ذاته . وقد يكون جزء من المشكلة انتباه انتقائي زائد . وقد يبدو الطفل كما لو كان أبكم أو معوقا بصريا بينما هو في حقيقة الأمر لا يستجيب من خلال هاتين الحاستين . وينشغل مثل هذا الطفل عادة في نوع من السلوك الذاتي التنبيه ، مثل لف الذراعين . وقد ينخرط أيضا في نوبات غضب وإيذاء للذات مثل قضم الكتف أو عض الأصابع . ويقضى الكثيرون من هؤلاء الأطفال حياتهم في المؤسسات . وتعتبر إسهامات لوفاس Lovaas وزملائه من أهم الإسهامات في علاج « الأوتيزم » ، وهي أساسا إجراءات إشرافية تستخدم التشكيل والتمذجة والتوجيه لتعليم الطفل تدريجيا التقليد والكلام والقراءة - والكتابة . ويؤدي ذلك بدوره إلى تعلم السلوك الشخصي والاجتماعي الأكثر تعقيدا . وتستخدم في البداية مدعومات أساسية مثل الطعام واحتضان الطفل إلى أن يتعلم الاستجابة للمدعومات الاجتماعية مثل التأييد أو الموافقة . والعقاب في صورة ضرب خفيف slap أو صدمة كهربائية يكون ضروريا لتثبيت النوبات أو إيذاء الذات . أي إن العقاب يشتمل هذا السلوك لكي تتاح الفرصة للمعالج لتشكيل وتدعيم السلوك المرغوب . ونتيجة لهذا البرنامج العلاجي تحسن كل الأطفال بدرجات متفاوتة . وبعد ثمانية شهور من العلاج استطاع بعض الأطفال أن يستخدموا اللغة تلقائيا وأن يتفاعلوا اجتماعيا بصورة تلقائية . وقد واصل الأطفال الذين عادوا لآبائهم المدربين على تعديل السلوك التحسن ، بينما انعكس إلى السلوك القديم الأطفال الذين أرسلهم آباؤهم إلى المؤسسات ، ويلجأ بعض المعالجين إلى تعليم الطفل لغة الإشارة بوصف أن هذا التعليم هو هدف في حد

ذاته وخطوة أولى لإمكانية الكلام العادى . ومن الأفضل دائما لإنقاص سلوك إيذاء الذات تعليم الطفل سلوكا بديلا .

(٥) قام آزرين وزملاؤه بتجارب في صورة من صور العقاب تسمى « التصحيح الزائد » over correction ففي تمارين التصحيح الزائد الإيجابي ، يطلب من العميل ممارسة السلوك الصحيح في كل مرة يحدث فيها السلوك غير المرغوب . فمثلا ، إذا لوث الطفل حائطا برسوم ، طلب منه أن ينسخ عددا من الرسوم الهندسية بالورقة والقلم وفي حالة الطفل الشديد الانطواء حول ذاته أو الطفل الزائد النشاط الذى يضرب الأشياء أو يؤذى نفسه يذكر له أن سلوكه غير مناسب وأنه يتعين وقفه ثم يعطى تعليمات لفظية وتوجيه فيزيقى إذا دعت الضرورة للتصحيح الزائد كأن يرفع يديه فوق رأسه أو يمدها ، الخ .. أما في « التصحيح التعويضى الزائد » ، فإنه يتعين أن يصحح العميل نتائج سوء سلوكه وأن يعيد الأمور إلى أحسن مما هى عليه عادة . فمثلا إذا لوث الطفل الحائط بعلامات ، يطلب منه إزالتها وتنظيف كل الحائط . وإذا قلب الطفل كرسيًا تعين عليه أن يعيده إلى الوضع السليم مع كل بقية الأثاث - والصراخ قد يتطلب البقاء في صمت غير عادى لفترة . ومثل هذه الإجراءات يقضى بها أحيانا قضاة محاكم الأحداث الجانحين . وفي علاج سرقة الطعام بواسطة الراشدين المتخلفين ، يتعين على السارق ليس فقط إعادة ما سرقه ولكن تقديم شيء إضافي من نفس النوع للضحية ، وقد أوقف هذا الإجراء سرقة الطعام في ثلاثة أيام وكان أكثر كفاءة من مجرد إعادة الشيء المسروق . وفي علاج المتخلفين في المؤسسات ، وجد أن طريقة فعالة لعلاج السلوك الهياجى المثير هى أن يعرض على العميل الاسترخاء لمدة ساعتين في الفراش . فإذا سلك مسلكا هياجيا مثيرا خلال الخمسة عشر دقائق الأخيرة فرض عليه الاسترخاء ١٥ دقيقة إضافية علاوة على الساعتين . وقد أدى ذلك إلى إنقاص سريع لسلوك إيذاء الذات والتهديد والعدوان البدنى والصراخ .

العقاب غير الظاهر : ويتكون من تنفيذ العقاب في الخيال . وقد أمكن القضاء على هلاوس بصرية وسمعية لمريض بالفصام البارانوئيدى عمره ٢٤ عاما كان يرى ويسمع فيها أمه وشقيقه المتوفيين ، وذلك عن طريق تعليمه معاقبتها بأفكار

تمثل في إطعامهما الجبن الذى يكرهه المريض . إلا أنه لا يعرف الكثير عن هذا الإجراء (١٣ ، ص ١٠٣) .

العقاب السلبي : أى إلغاء أو إقلال حدث ينتج عنه نقص في السلوك المرتبط به .. ويتضمن ذلك غالبا إبعاد شيء مدعم عن الشخص حين يسئ السلوك . وينتج عنه أيضا بعامة عقاب إيجابى و/أو إنطفاء . ولذلك يصعب أن نحدد بدقة التأثيرات التى يمكن نسبتها إلى العقاب السلبي .

وفي تعديل السلوك هناك صورتان رئيسيتان للعقاب السلبي : ثمن الاستجابة response cost وزمن للإبعاد time out .

ثمن الاستجابة : وهو يعنى سحب أو فقدان تدعيم مرتبط بالسلوك كأن تلغى « الماركات » فى نظام « الماركات » أو توقيع غرامة كلما استخدم العميل جملة معينة أو ارتكب عملا مثل التدخين أو الأكل المفرط أو التهته أو الكلام الذهاني أو العدوان أو التأخر . ومن مزايا هذا الإجراء أن آثاره الجانبية المنفرة قليلة إذا قورن بالعقاب الإيجابى ، كما أنه يبقى على الفرد فى موقف التعلم وهو مالا يحققه نظام « زمن للإبعاد » .

زمن للإبعاد ، أو إزالة التدعيم لفترة من الزمن : ويتمثل هذا الإجراء فى فترة زمنية يبعد فيها التدعيم . وقد استخدم هذا الإجراء بفعالية فى الفصل المدرسى . وفيه يرسل الطفل الذى يسئ السلوك إلى منطقة الإبعاد ، ولتكن مثلا ركنا فى آخر الفصل يحجب بستارة ، وذلك لفترة زمنية محددة (١٠ دقائق مثلا) . ولكى يكون الإجراء فعالا ، يتعين أن تكون المنطقة التى يبعد منها الطفل (الفصل المدرسى) مدعمة له والمنطقة التى يبعد إليها غير مدعمة . ولا يمكنه فيها الحصول على « ماركات » . وقد استخدم هذا الإجراء للإقلال من السباب والصراخ والنوبات وإيذاء الذات لدى ثلاثة مرضى بالفصام المزمن كانوا حين يسيئون السلوك يبعدون لمدة خمس دقائق إلى عنبر ليس فيه غير الفراش . وسوف تكون لنا عودة إلى هذه الأساليب وتطبيقاتها فى التربية فى مقام تالٍ .

وأخيرا قد يستخدم « العقاب السلبي غير الظاهر » أى تخيل عقاب حين يسلك العميل مسلكا غير مرغوب ، كأن يتخيل مثلا سرقة سيارته عقابا له على

ممارسة عادات طعام سيئة . ولكن لازالت هذه الإجراءات في حاجة إلى بحوث للإجابة عن الكثير من الأسئلة المرتبطة بها .

ج - إشباع المنبه :

تناولنا فيما سبق طريقتين رئيسيتين لإنقاص السلوك غير المرغوب : الإنطفاء والعقاب . والطريقة الثالثة هي إنقاص التأثيرات المدعمة للأحداث المساندة للسلوك غير المرغوب . وإحدى الطرق إلى ذلك هي الإشراف المضاد التنفيري . وطريقة أخرى مرتبطة بذلك هي إشباع المنبه stimulus satiation وفيها يغمر العميل بمدعم بصورة متكررة إلى أن يفقد الكثير أو كل تأثيره المدعم . فمثلا ، إذا كان الطفل مغرما بإشعال عيدان الكبريت فإنه يمد بكمية كبيرة منها ويتكرر ذلك إلى أن يفقد المدعم تأثيره . ولا يعرف على وجه الدقة كيف يعمل إشباع المنبه ولكن يبدو أنه يشمل مكونات مثل الإشراف المضاد التنفيري والإنطفاء الاستجابي لتأثيرات التدعيم وقد اتبع آيلون (١٣ ، ص ١٠٤) هذا الإجراء في علاج مريضة عمرها ٤٧ عاما مقيمة في المستشفى . وكان تشخيصها « الفصام المزمن » . وتمثل إحدى مشكلاتها في اختزانها للمناشف (الفوط) ففى وقت ما كان لديها في الغرفة ما يتراوح بين ١٩ ، ٢٩ فوطة ، وكان المرضات يسترجعن المناشف مرتين في الاسبوع . وقد تكون العلاج من إعطائها فوطا بصورة متقطعة ابتداء بسبع مناشف في اليوم إلى أن وصل إلى ٦٠ فوطة في اليوم في الاسبوع الثالث وعدم إزالة الفوط من غرفتها . وحين وصل عدد المناشف في الغرفة إلى ٦٢٥ بدأت تلقى بها خارج الحجرة ولم تقدم لها فوط أخرى . وفي العام التالي كان متوسط عدد الفوط في حجرتها ١,٥ فوطة في الأسبوع .

وكذلك استخدم هذا الأسلوب بنجاح لعلاج التدخين (سيجارة كل ست ثوان) ، إذ انقطع ٦٠٪ من العملاء عن التدخين لمدة ستة شهور . وكذلك كان نفت دخان السجائر الساخن في الوجه فعلا بوصفه إشرافا مضادا تنفيريا ، وكذلك حين جمع بين هذا الإجراء الأخير وإجراء إشباع المنبه . إلا أن هذا الإجراء لم يكن فعلا في حالات أخرى ، كما أن التدخين السريع المكثف يشكل خطورة مع العملاء الذين يعانون من مشكلات القلب والتنفس .

الأحداث غير المعتمدة :

يقوم الإشراف الإجرائي على أساس تأثيرات الأحداث المشروطة بسلوك ، وهنا يتعين التمييز بين نوعين من الأحداث المشروطة : المعتمدة وغير المعتمدة . ويكون الحدث المشروط معتمدا حين يحدث فقط إذا وقع أولا سلوك معين ، بينما تقع الأحداث غير المعتمدة *non-dependent events* مستقلة عما يفعله الشخص . ويتطلب الإشراف الإجرائي فقط أن يكون الحدث مشروطا سواء كان معتمدا أو غير معتمد . إلا أن معظم البرامج الإجرائية المطبقة تقوم على أساس أحداث مشروطة معتمدة . وبقي هنا أن نناقش في الفقرة التالية تأثيرات الأحداث غير المعتمدة . إذا كان الحدث غير المعتمد تدعيما ، فإن الشخص قد يدعم للقيام بشيء لا يرتبط ارتباطا سببيا بالتدعيم . ويسمى مثل هذا السلوك « سلوكا خرافيا » . فمثلا ، قد يقرر معالج أن يحاول تطبيق نوع جديد من العلاج على عملائه وقد يتحسن العملاء لأسباب غير هذا النوع الجديد من العلاج ، ربما بالتأثير الخداعي placebo أو بتأثير التغيرات الشخصية خارج العلاج . فهنا قد يكون التحسن لدى العملاء مدعما للسلوك « الخرافي » من قبل المعالج نحو العلاج الجديد . ونظرا لأن الخرافات يحتفظ بها على أساس جدولة متقطعة من التدعيم ، فإنه يصعب انطفائها . فإذا كان الحدث غير المعتمد عقابا ، فإن النتيجة قد تكون « عجزا متعلما » *learned helplessness* وهو حالة من الاستسلام السلبي تنتج عن تعلم استقلال السلوك وعواقبه . أى أنه إذا تعلم الشخص أن الأشياء سوف تحدث له بصرف النظر عن سلوكه ، فإنه قد يصبح مستسلما استسلاما سلبيا ومتقبلا لما يحدث له دون محاولة من جانبه لتغيير النتائج . ويصدق ذلك على المدعمات الغير قابلة للتحكم فيها وعلى العقاب الغير قابل للتحكم فيه . ولكن الأخير هو الذى أجريت فيه معظم البحوث . فالطفل في الفصل المدرسى أو المريض في المستشفى حين يدرك كل منهما أن سلوكه ليس له تأثير على ما يحدث له قد ينشأ لديه « العجز المتعلم » وهذا هو سبب للمحافظة على الاتساق في البرامج الاجرائية . وقد يكون العجز المتعلم مكونا في مدى عريض من المشكلات السلوكية بما في ذلك الطفل المنزوى والراشد الذى لا يؤكد ذاته والعمل الذى يعجز عن اتخاذ قرار وبعض صور الاكتئاب وربما الإسراع بالوفاة لدى بعض كبار السن .

إرجاع الأثر :

من المفيد أن نتذكر أن كل إشارات إجرائي هو نظام فرعي من نظام أشمل هو « إرجاع الأثر » feedback ، أي تزويد الفرد بمعلومات عن تأثيرات سلوكه . فتحريك الذراع يتطلب إرجاع أثر من عضلات الذراع عن تأثيرات الحركة . والكلام يستخدم إرجاع الأثر من اللسان والشفيتين وإرجاع أثر سمعي من سماع صوتك . والتعليم يستعين بإرجاع الأثر من الاختبارات . والمواقف السياسية تتغير أحيانا نتيجة إرجاع أثر من الناخبين في الاستفتاءات . وفي كل مرة نقوم فيها بشيء (من حركة بسيطة إلى تفاعل اجتماعي معقد) فإننا نتلقى إرجاع أثر بمقادير مختلفة عن تأثيرات سلوكنا على أنفسنا وغيرنا وبيئتنا . ويوجه إرجاع الأثر السلوك في الحاضر وفي المستقبل .. وقد يكون لإرجاع الأثر واحد أو أكثر من التأثيرات التالية :

(١) تدعيم أو عقاب . فمثلا الحصول على تقدير إمتياز في امتحان قد يكون مثيرا للطالب كى يحافظ على نفس مستواه في الامتحانات القادمة ؛ (٢) قد يحدث إرجاع الأثر تغييرات في الدافعية ، مثلا في الأهداف التي يحددها الفرد لنفسه . فالحصول على تقدير أقل من المتوسط في امتحان قد يدفع الطالب إلى مضاعفة الاستذكار . (٣) قد يقدم إرجاع الأثر معلومات هادية توجه التعلم والأداء . فمثلا ، إذا كان أداء الطالب ضعيفا في امتحان ، فإن ذلك قد يجعله يرى أن السبب هو أن الامتحان قد أكد على المحاضرات داخل الفصل وهي ما تجاهله ؛ (٤) قد يقدم إرجاع الأثر خبرة تعلم جديدة أو مرانا على تعلم سابق . فحين يتلقى الطالب ورقة إجابته عن امتحان بعد تصحيحه ، فقد يتعلم الاجابات الصحيحة لأسئلة لم يكن يعرف الإجابة عنها .

وإذا كان الإشارات الإجرائي هو جزء من إرجاع الأثر ، فإنه يجب عدم تجاهل المكونات الأخرى لإرجاع الأثر . فحين يعاقب الوالدان الطفل يجب أن يقدم له إرجاع أثر دقيق عن أسباب عقابه وما هي البدائل المفضلة . والمدير يجب ألا يكتفى بالثناء على العامل ، بل أن يبين ما الذي يثنى عليه . ففى إحدى الدراسات في علاج المخاوف كان يثنى على العملاء لبقائهم في الموقف موضوع الخوف دون حدوث تقدم يذكر ، ولكن تحقق تحسن كبير حين أعطى العملاء إرجاع أثر دقيق عن أدائهم .

وثمة نظام فرعى آخر لإرجاع الأثر هو إرجاع الأثر البيولوجى (الحيوى)
أى استخدام وسائل آلية لتقديم معلومات عن نشاط وظائف الجسم التى لا يتوفر
لدى الفرد إرجاع أثر كاف عنها . فمثلا ، قد يربط حول الفرد جهاز يقدم له
معلومات مستمرة عن ضغط دمه ، ومن ثم يتعلم العميل رفع أو خفض ضغط دمه
طبقا لإرادته . وقد استخدم هذا الإجراء فى علاج مشكلات كثيرة مثل تحسن
القراءة عن طريق إنقاص الكلام غير الظاهر من خلال إرجاع أثر من تفاحة آدم ،
وانقاص صداع التوتر عن طريق استرخاء عضلات الرقبة والرأس . كما تقاس فى
إرجاع الأثر الحيوى ؛ وإنقاص صداع الشقيقة migraine عن طريق إنقاص سريان
الدم إلى الرأس . وتوليد موجات مخية معينة قد تيسر الاسترخاء . ويرى مكبولاس
(١٣ ، ص ١٠٧) إن إرجاع الأثر الحيوى مفيد ولكنه قد يكون أقل فعالية من
الإجراءات التى لا تعتمد على أجهزة . فمثلا قد يفيد الشخص الذى يعانى من
صداع التوتر من التدريبات على الاسترخاء العضلى لهذه العضلات المعينة أكثر مما يفيد
من إرجاع الأثر . وذلك لأن العميل يتعلم كيف يميز بين هذه العضلات وينظمها
من غير الاستعانة بالأجهزة . ولكن من ناحية أخرى قد ييسر إرجاع الأثر المراحل
الأولى من التدريب على استرخاء العضلات .

الفصل الخامس

النمجة
تأكيد الذات
الضبط الذاتي

التمذجة

التمذجة **Modeling** جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك . وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج . ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذى يقوم به النموذج . والميكانيزمات الفعالة فى هذا النوع من التعلم غير واضحة كما أنه لا يوجد اتفاق نظرى عام عن كيفية عملها . إلا أنه فى التحليل الإجرائى قد تعمل التمذجة على أساس تدعيم الشخص نتيجة تقليده لسلوك الآخرين . غير أن هذا التفسير يتسع أحيانا ليعطى الاكتساب المبدئى لاستجابات جديدة حيث لا توجد استجابة ظاهرة للتدعيمها أو مواقف لا يوجد فيها تدعيم ظاهر ، أو أن التدعيم يتأخر لمدة طويلة . ويقدم بانديورا تفسيراً على أساس نظرية التعلم الاجتماعى ، فىرى أن التمذجة تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المنمذج . ويرى بانديورا أن هناك أربع عمليات متضمنة فى التمذجة هي :

(١) العمليات الانتباهية وهي تنظم المدخل الحسى وإدراك الحدث المنمذج : ويشمل ذلك خصائص النموذج التى تجذب الانتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للانتباه للحدث .

(٢) عمليات الاحتفاظ **retention** وهي تشير إلى عمليات الترميز والتى يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً . ويلاحظ أن ما يحتزن ليس هو مجرد ما يلاحظ ولكنه تمثيل رمزى ، ربما تجريد لمعلومات من أحداث أو مصادر عديدة . وتشمل عمليات الاحتفاظ أيضاً إعادة تدريب على الخبرات فى إطار نظام رمزى . وقد ييسر الاحتفاظ من خلال تلخيص أو وصف العميل أو النموذج لما حدث و/أو أن يتدرب العميل على السلوك المنمذج .

(٣) عمليات إعادة الإنتاج الحركى وهي تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة فى أنماط استجابة جديدة ، بينما تحدد عمليات الحافز أو العمليات الدافعية ما إذا كانت الاستجابات المكتسبة من خلال الملاحظة سوف تؤدى . وطبقاً لبانديورا فإن دور التدعيم والحوافز هو تيسير الانتباه إلى الحدث المنمذج وتشجيع المراهق

والترجمة إلى سلوك ظاهر . ولذلك ، فإنه من المرغوب فيه غالبا أن يتلقى النموذج تدعيما لسلوكه أو أن يكون النموذج هو الشخص الذى يتحكم فى التدعيم الذى يتلقاه الملاحظ .

وقد أوضحت الخبرات الكثيرة أنه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة فى مواقف متنوعة منها : تغيير الاستجابات للمنبهات فى المخاوف المرضية ، اكتساب السلوك الاجتماعى والمعرفى ، تحديد محكات ذاتية لسلوك الفرد والتحدث فى صراحة عن الذات . وقد تكون النماذج أشخاصا أحياء ولكن يمكن استخدام الأفلام أو أشرطة الفيديو لهذا الغرض . ومن الأفضل أن يكون النموذج مشابها للعميل إلا فى حالات معينة كأن يكون النموذج طفلا يمسك بشعبان والعميل راشدا . وقد يكون من الأفضل ألا يكون النموذج ظاهر الهدوء تماما عند اقترابه من موضوع الخوف لأن ذلك يبدو غير واقعى بالنسبة للعميل كما أنه يزيد من قلقه لشعوره بالعجز .

وتزداد فعالية النمذجة إذا جمع بينها وبين إجراءات أخرى . فمثلا ، فى الإقلال من المخاوف يجمع بين إزالة الحساسية عن طريق الاتصال : النمذجة والمشاركة الموجهة . وفى الإشراف الإجرائى ، فإن النمذجة تكون طريقة فعالة لكى يحدث السلوك بينما يكون التدعيم طريقة للاحتفاظ بالسلوك بعد حدوثه . وكذلك يمكن استخدام النموذج لتعليم السلوك فى مختلف مراحل المهارات . وفى المواقف الإكلينيكية يكون لعب الأدوار والتدريب السلوكى إضافات مساندة مفيدة للنمذجة .

وقد استطاع أوكونر (فى ١٣ : ص ١٠٤) أن يغير السلوك الانزوائى الاجتماعى لدى أطفال دور الحضانه إلى سلوك فيه قدر أكبر من التفاعل الاجتماعى عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال فى الوقت الذى يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج . وكذلك يمكن تعديل سلوك الأطفال المنطوين على ذواتهم عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرون سلوكا اجتماعيا مثل الأخذ والعطاء . بل أمكن تغيير سلوك قائدى السيارات نحو مساعدة السائقين الآخرين ممن يحتاجون إلى مساعدة (مثلا فى تغيير إطار السيارة) عن طريق تعريضهم فى الطريق لنموذج شخص يساعد سائقا آخر فى حاجة إلى المساعدة وقد زاد

السلوك التعاوني بهذا الإجراء عن سلوك قادة السيارات الذين تعرضوا لسيارة أخرى لا يخف أحد لمساعدة قائدها المحتاج إلى المساعدة .

ويمكن أيضا تعليم الأحداث الجانحين من خلال نمذجة بعض المهارات الاجتماعية والمهنية مثل طلب عمل أو مقاومة الضغوط الاجتماعية الموجهة إليهم للسلوك غير المرغوب . وتكشف نتائج بعض التجارب عن أن الأفراد يمكن أن يقلدوا السلوك العدواني المنمذج في الأفلام . كما أننا نلمس ما يؤيد ذلك في الأحداث اليومية التي يقرر فيها مرتكبوا جرائم العنف أنهم استمدوا بعض أفكارهم من مشاهدة التليفزيون . ولكن فريقا آخر يرى أن مشاهدة العنف قد يخدم كمتنافس للمشاهدين ومن ثم ينزعون إلى أن يكونوا أقل عدوانية . إلا أن مكبولاس يرى أن نظرية التنفيس هذه لا تجهد الكثير مما يؤيدها . ويرى البعض أنه من الضروري التمييز بين العدوان والعداوة . فالعدوان هو إيقاع الأذى بدون قصد . ولكن العداوة هي استجابة انفعالية تنتج عن موقف يدركه الفرد على أنه يستثير الغضب . ويرى هؤلاء البعض أن مشاهدة العنف قد تزيد العدوان و /أو تنقص العداوة . وإذا كانت هناك تقارير عن ارتكاب جرائم عنف بعد مشاهدة برامج تليفزيونية للعنف ، فإن ذلك لا يثبت بالضرورة أن المشاهد تزداد العدوان ولكنها قد تؤثر في الصورة التي يحدث بها العدوان . ذلك أن الفعل العدواني هو محصلة عوامل كثيرة تشكل مشاهدة العنف عاملا واحدا منها فقط . ومن هذه العوامل الأخرى درجة ونوع العقاب الذي يوقع على النموذج نتيجة السلوك العدواني ودرجة التشجيع بمشاهد العنف (ربما إزالة الحساسية) والتي قد يترتب عليها أن الفرد لن يستثار إلا بمشاهد أكثر عنفا وقد لوحظ أن حديث الصحف عن الانتحار كانت تتبعه زيادة في معدلات الانتحار (١٣ ، ص ١١٥) .

والخلاصة ، تقدم النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للعميل تعلم سلوك جديد أو الإقلال من سلوك مشكل دون حاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر . كما أنها ذات فعالية في عرض السلوك الإنساني المعقد ، ويمكن استخدامها في العلاج الفردي والجماعي .

ورغم أن إجراءات النمذجة قد تختلف من موقف لآخر ، إلا أنها تبدأ عادة بأن يقدم المعالج في خطوات سلسلة نماذج حية أو رمزية (تسجيلات صوتية أو مرئية أو

أوصاف مكتوبة) لعرض السلوك المعين الذي يحتاج العميل إلى اكتسابه لحل مشكلته . ويستخدم المعالج الممارسة الموجهة والتدعيم المنتظم بالإضافة إلى المتابعة والتدعيم حين يستخدم العميل السلوك الجديد خارج موقف العلاج . ومن أوائل التجارب في هذا المجال تلك التي قام بها كرمبولتز وثوريسين واستخدم فيها الأسلوب الذي اسمى « العلاج عن طريق النموذج - التدعيم » . وفيه يقدم المعالج شريطا مسجلا لمقابلة تتم بين معالج وعميل يدعم فيها المعالج - النموذج العميل - النموذج لفظيا حين يناقش هذا الأخير الأنواع المختلفة من سلوك اتخاذ القرار فيما يتصل بخططه المدرسية والمهنية . وبعد أن يستمع العميل للشريط ، يقوم المعالج بتدعيم الاستجابات اللفظية للعميل والتي تشير إلى تقليده للسلوك المرغوب أو لإعطائه استجابات شبيهة بما أعطاه العميل - النموذج . وقد وجد الباحثان أن النمذجة مع التدعيم أكثر فعالية مع الذكور . أما الإناث فقد استجبن للنمذجة الاجتماعية أو للنمذجة مع التدعيم بنفس الفعالية . كما أن العلاج الجماعي كان بنفس القدر من الفعالية مثل العلاج الفردي ، إلا أن الذكور كانوا أكثر سعيا وراء المعلومات في العلاج الجماعي . وبالإضافة إلى استخدام النموذج لمساعدة عميل على اكتساب سلوك جديد أو تقوية سلوك قائم ، فقد استخدم أيضا للمساعدة في انطفاء استجابة انفعالية قائمة أو اكتساب استجابة جديدة . واجراءات النمذجة المتخذة لهذا الغرض تندرج تحت ثلاث فئات هي :

(أ) الإنطفاء غير المباشر (أو البديل) ، وفيه يعرض المعالج العميل لسلسلة من الأحداث النموذجية التي يكون فيها منهج النموذج في مواجهة المنبه الباعث على الخوف أو في مواجهة السلوك المثير للقلق ، مؤديا إلى عواقب إيجابية بدلا من عواقب نفور - ويفترض نظريا أن التعرض لهذه الإجراءات النموذجية يسمح للعميل بأن يخبر الاستجابات الانفعالية بصورة غير مباشرة ولكن في مستوى من الاستثارة أقل مما يدفع العميل عادة إلى تجنب الموقف المشكل . وفي تجارب لباندورا وزملائه في علاج الخوف من الثعابين وجدت نسب النجاح التالية في المجموعات التجريبية الثلاث على التوالي مقارنة بالمجموعة الضابطة : (١) نماذج رمزية تستخدم ذاتيا (فيلم) مع إجراءات الاسترخاء (٣٣٪) ؛ (٢) نمذجة حية متدرجة مع ممارسة موجهة فورية من قبل الملاحظ (٩٢٪) ، (٣) التخلص التدريجي من الحساسية (٢٥٪) .

(ب) الاستشارة غير المباشرة (أو البديلة) وتستخدم في حالات العملاء الذين يعجزون عن الاستجابة الانفعالية أو الذين يعطون استجابات غير ملائمة لمواقف معينة . فمثلا ، بالإضافة إلى إزالة الحساسية والتدريب على الاسترخاء ، قد يستعان بعرض أفلام تقدم نماذج متدرجة من الاستشارة في مواقف مرتبطة بالموضوع .

(ج) التقليد : يستخدم المعالج المحاكاة ، أى مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل . ويسمح ذلك الإجراء للعميل بأن يمارس مع المعالج في المواقف التي ينخفض فيها مستوى الضغط والمعاناة ، أنواع السلوك التي يكون فيها أقل كفاءة ، وبذلك ييسر الإقلال من استجابات التجنب وإعطاء استجابات الإقبال . ويستخدم في هذا الأسلوب لعب الأدوار ، وبعض صور معدلة من السيوكودراما ، والعلاج عن طريق اللعب . وقد استخدمت الدمى في علاج خوف طفل من المدرسة وذلك عن طريق التدرج في محاكاة الذهاب إلى المدرسة والبقاء فيها واللعب والدراسة مع الآخرين . وفي أسلوب باندورا المعروف باسم « النمذجة المشاركة المتدرجة » يبدأ العلاج بإعداد قائمة تتدرج فيها صعوديا المواقف أو الموضوعات التي تستثير الخوف . فمثلا ، قد يبدأ العلاج بإدخال الطفل إلى حجرة ربط في نهايتها على بعد كلب صغير إلى كرسي . ويشجع الطفل على الاقتراب من الكلب على خطوات متدرجة صغيرة إلى أن يستطيع لمسه واللعب معه - وقد تكون الخطوة الأخيرة للعب مع كلب طليق أكبر حجما - ويبدأ المعالج عادة بالقيام بكل خطوات القائمة الهيراركية وهو محتفظ بهدوئه ويقوم في نفس الوقت بوصف ما يفعله ، ويعبر عن شعوره بالراحة ثم يكرر المعالج أول خطوة أو أقلها استشارة للقلق ، ويشجع المريض على القيام بها بعد ذلك مباشرة ، وقد تتكرر هذه الخطوة إلى أن يقرر العميل أنه لا يحس بالقلق . ثم يقوم المعالج بالخطوة التالية في الهيراركية ويشجع العميل على القيام بمثلها بعد ذلك مباشرة . وهكذا إلى أن تكمل كل الخطوات في جلسة واحدة أو عدة جلسات . وتكرر الخطوات الأخيرة عدة مرات على فترات طويلة منعا للانتكاس .

تأكيد الذات

التدريب على المهارات الاجتماعية : يشاهد القصور في المهارات الاجتماعية غالباً لدى المرضى السيكياتريين وفي حالات معينة ، قد يكون هذا القصور عاقبة من عواقب المرض السيكياتري (مثلاً المراهق المصاب بالتأتأة وما يعانیه من حرج نتيجة لذلك في مواقف التلاقى مع الجنس الآخر مما يؤدي إلى تجنبه لمثل هذه اللقاءات) ، أو قد يسهم هذا القصور بوصفه سبباً للمرض (كما يتمثل في اضطرابات ضبط الاندفاع ، المقامرة مثلاً) ، أو قد يكون هذا القصور من ملامح الاضطراب نفسه (كما هو الحال في بعض اضطرابات الفصام) ، وتتعدد وتتنوع استخدامات التدريب على المهارات الاجتماعية فتتراوح من تدريب للطالب الجامعي الخجول ، قد يكفي في حد ذاته لعلاج الحالة إلى مكون هام من مكوناته برنامج علاجي للفصام . وتشتمل طرق التدريب على التعليمات المباشرة والتوجيه المباشر للسلوك الاجتماعي للمريض ؛ نمذجة للتفاعل الاجتماعي الفعال يقوم بها المعالج أو مساعده ؛ المران السلوكي عن طريق لعب الأدوار في مواقف محاكاة ؛ إرجاع الأثر للمريض عن الجوانب الفعالة وغير الفعالة في أدائه الاجتماعي ؛ التدعيم الاجتماعي من قبل المعالج ، ومن قبل غيره المشروط بالاستجابات الاجتماعية المرغوبة من قبل المريض . ومن المهم أن يتدرب المريض على المهارات المكتسبة في مواقف الحياة اليومية والمتنوعة للتأكد من انتقال أثر التدريب . وتشير دراسات إكلينيكية مضبوطة إلى قيمة العلاج السلوكي عن طريق التدريب على المهارات الاجتماعية مقارنة بأنواع أخرى من العلاج مثل أسلوب « الماركات » الرمزية (٥ ، ص ١٣٠٣) ولعل أشد الفئات الإكلينيكية حاجة إلى مثل هذا العلاج هي فئات المرضى السيكياتريين المزمنين لمساعدتهم في التعامل مع المجتمع .

التدريب على تأكيد الذات : **Self Assertion** وهو في تقدير جولدشتين (٧ ، ص ٢٢٨) أعلى التدخلات السلوكية قيمة ، وهو الأسلوب الذي يغلب أن يكون مطلوباً لتعديل السلوك غير الموائم في العلاقات بين الأشخاص . ويمارس هذا التدريب من خلال الجمع بين تدخلات تقود المريض إلى الشعور وإلى الفعل على أساس افتراض أن له الحق في أن يكون ما هو عليه وأن يعبر في حرية عن مشاعره طالما أنه لن يسبب

الأذى لأحد . ويجب التمييز بين تأكيد الذات والجدوان ، ذلك أن تأكيد الذات لا يشمل التعبير عن الغضب أو الضيق فقط ، ولكنه يشمل أيضا التعبير عن كل المشاعر بما في ذلك مشاعر الحب والدفء - ويقترح جولدشتين مصطلحا يراه أدق تعبيراً عن المعاني المقصودة وهو « التدريب على التعبير الملائم » ، ذلك أن التعبير الملائم هو التعبير الذى ينقل بدقة مشاعر الشخص بطريقة تؤدي إلى أكثر النتائج الإيجابية الممكنة ، وهو تعبير من حيث أن ما يتدرب عليه الشخص هو الطرق التى ينقل بها ما يشعر به حقيقة في الموقف . ويقدر المعالج حاجة المريض إلى هذا التدريب بعد أن يستمع إلى وصف المريض لتفاعلاته مع الآخرين ، وبعد أن يتحرى عن علاقاته مع الزملاء والمرعوسين والرؤساء والوالدين والأطفال وغيرهم من الناس في بيئته . ومما يشير إلى الحاجة إلى التعمق في بحث سلوك المريض تعبيراته عن شعوره بالنقص إزاء الآخرين ، وبالإحباط نتيجة سلوكهم إزاءه ، والغضب والشعور بالذنب أو أن الآخرين يستغلونه لمصلحتهم ، ويسأل المعالج عن وقائع معينة ومفصلة ترتبط بالتفاعلات التى تؤدي إلى المشاعر السابقة كى يحدد مجالات الارتباط بالآخرين التى تتطلب تحسينا ، وقد يكون نقص التعبير الملائم عاما يشمل كل التفاعلات . وفي هذه الحالة فإن المريض يغلب أن يكون مبالغا في الأدب ودائم الاعتذار للآخرين عن سلوكه ومتجنباً للمواجهة . ويسمح للآخرين باستغلاله ، ولكنه في نفس الوقت يحس بمشاعر الغضب والخوف من الآخرين والنقمة أو يعانى من اضطرابات سيكوسوماتية أو اكتئاب . أما الشخص الانبساطى الذى تنقصه القدرة على تأكيد ذاته التأكيد الملائم فإنه يغلب أن تنقصه الحساسية إزاء مشاعر الآخرين في تفاعلاته معهم وأن يسلك مسلكاً عدوانياً إزاءهم . ومن الناحية الأخرى ، فإن الشخص الذى يؤكد ذاته بعامية ، قد يواجه صعوبات في مواقف معينة منعزلة مثلاً مع والديه ورؤسائه . ومثل هذا الشخص يصفه رئيسه عامة بأنه مشكلة . وغالبا ما يتوفر لديه مخزون من الاستجابات التعبيرية التى يجسها القلق في الموقف المعين .

والقصد من التدريب على تأكيد الذات هو تعليم الشخص السلوك التأكيدى المناسب والفعال والمعقول . ولا يمكن في هذا المجال تجاهل المعايير الثقافية المتعلقة مثلاً بدور الأنثى والصغير والمرعوس مقابل الذكر والكبير والرئيس على التوالى وقد تفيد هذه البرامج الأشخاص العدوانيين ، النوع من التدريب أقل شيوعاً . والكثير من برامج التدريب على تأكيد الذات هي

تعليم « التمييز » لأن العميل لا يعرف السلوك التأكيدى المناسب أو تنقصه الفعالية في السلوك مسلكا تأكيدا . ولذلك تستخدم التمدجة غالبا لعرض السلوك المرغوب . ولزيادة فعالية هذا التدريب يجمع بينه وبين إجراءات أخرى مثل التحكم في القلق وإزالة الحساسية والمناهج المعرفية . وقد يفيد التدريب أيضا لمن يرتبطون بالعميل ، مثل تدريب زوجة كحولى لكى تسهم في تنفيذ البرنامج العلاجي .

والشخص الذى ينقصه بعامة تأكيد الذات ، يغلب ألا يكون واعيا بالعلاقة بين هذا السلوك وبين المشاعر غير السارة والاضطرابات السيكوسوماتية ، وهو يعبر غالبا عن اتجاهاته في عبارات يكثر من ترديدها مثل : « لا أريد أن اضغط على الآخرين » . وفي مثل هذه الحالات يكون من الضروري الشرح الكامل للعلاقة بين مشاعرهم ومشاعرهم نحو ذواتهم والنقص في السلوك الملائم . ويتعين أن يطلب منهم في البداية القيام بأعمال بسيطة يزداد احتمال نجاحهم فيها ، وأن يقوم قدر كبير من التفاعل بينهم وبين المعالج استعدادا لمواجهة « الحدث الحقيقى » . ويستعين البعض لتحديد الحاجة إلى التدريب على تأكيد الذات بأدوات إضافية تشير كلها إلى درجة ملاءمة السلوك في عدد متنوع من المواقف^(*) .

وحين يتفق على أن هناك حاجة إلى التدريب على التعبير الملائم ، فإن المعالج يطلب من المريض أن يحتفظ بسجل (يومية) لتفاعلاته ، وأن يقدر نسبة المواقف التى تناولها تناولا ملائما إلى تلك التى تناولها تناولا غير ملائم ، وذلك على أساس محك هو : كيف كان شعوره خلال التفاعلات وبعدها . ويناقش المعالج في الجلسة وبالتفصيل هذه التفاعلات ، بحيث يحصل على معلومات كاملة عما قاله كل شخص فيها . وقد يقترح طرقا بديلة للتعبير إذا تطلب الأمر ذلك . وكثيرا ما ينتاب المريض قلق زائد في الموقف يعوقه عن التعبير الملائم . وفي هذه الحالة ، فإن المعالج يستخدم

* من أمثلة هذه الأدوات بعض الاختبارات التى أشرنا إليها في الفصل الثانى ، والاختباران التاليان :

Omnibus Personality Inventory, Form F., (1)

(Heist P., Young G., Mc Connel, R.R., & Webster, H. New York: Psychological Corporation).

Edwards Personal Preference Schedule: College and Adults (Edwards, Allen L. New York (2) Psychological Corporation)

وتوجد ترجمة عربية لهذا الاختبار الأخير .

« لعب الأدوار » فيقوم هو أولاً بدور المريض على سبيل التمثيل ، ثم يعطى للمريض الفرصة لتكرار « الأداء » إلى أن يستطيع الاستجابة بطريقة تشعره بالراحة ، وينتج عن مجرد لعب الأدوار عادة شعور المريض بالقلق تماما كما يحدث في الموقف الحقيقي ، ولكن حالة القلق هذه تتناقص باضطراد بتكرار المريض للأداء عدة مرات إلى أن يكتسب القدرة على ضبط الاستجابات في مختلف المواقف . وبينما يتعين أن يكون كل مريض قادرا على التعبير عن نفسه بأسلوبه الفردي المميز له ، إلا أنه من المفيد الاستعانة ببعض الملاحظات الموجهة . وكثيرا ما يخاف المرضى من التعبير ، لأنهم يشعرون بأنهم مسئولون إزاء من يوجه إليهم هذا التعبير وبخاصة إذا كان أبا أو أما ، وفي هذه الحالة يتعين أن يوضح للمريض أن تحكم الشعور بالذنب في سلوكه يؤدي علاقته بالآخرين كما أنه يسبب الأذى لهم .

ولهذه الأسباب ، فإنه يغلب أن تكون الخطوة الأولى في التدريب على تأكيد الذات مناقشة حقوق العميل التأكيدية معه . وقد يكون ذلك عن طريق قراءات لمواد تتناول هذه الحقوق ، ومنها مثلا : « من حقلك أن تغير رأيك » ؟ « من حقلك أن تقول لا دون أن تشعر بالذنب » . وقد يكون من الضروري مناقشة العميل في مدى اعتقاده بما إذا كانت له حقوق تأكيدية . فقد تحسّ زوجة مثلا أنه ليس من حقها معرفة تفاصيل الموارد المالية للعائلة أو أوجه صرفها . ورغم أن ذلك الموضوع يرتبط بالقيم الخلقية ، إلا أنه يستحق المناقشة .

ويشمل التدريب الفعلي على السلوك التأكيدى ، السلوك غير اللفظي مثل الاتصال بالعين وحركات الجسم والقامة والتعبيرات الوجهية ؛ وكذلك السلوك اللفظي مثل نغمة الصوت ونبرته وحجمه ومضمون ما يقال ومهارات الاتصال الأساسية والتعبير عن المشاعر مثل مشاعر الاهتمام الإيجابية والغضب البناء والاستجابات اللفظية في مواقف معينة . ويتم التدريب غالبا في مواقف حقيقية على أساس المحاكاة ، والتي يحتاج فيها العميل إلى أن يكون أكثر تأكيدا لذاته مثل ، مواقف التعرف مع أفراد من الجنس الآخر . وينمذج المعالج السلوك التأكيدى المناسب - وقد يستخدم الفيديو لتقديم التماذج أو نصوصا مكتوبة لسلوك التمثيل أو نمذجة غير ظاهرة ، يتخيل فيها العميل التمثيل وبعد ملاحظة التمثيل يتمرن العميل على السلوك ويقلد سلوك التمثيل ويصاحب ذلك إرجاع أثر من المعالج بما في ذلك مقترحات

للتحسين وتدعيم اجتماعي . كما أن تسجيل سلوك العميل على شريط فيديو قد يكون أيضا أسلوبا مناسباً ومفيداً لتقديم إرجاع الأثر . ويجرب العميل استجابات مختلفة على أساس تخيله لاستجابات الطرف الآخر ، مثلا رفض العميل لطعام يقدم إليه في مطعم وتخييل الاستجابات المحتملة من قبل « الجرسون » لهذا الرفض . كما يتدرب العميل من خلال التخيل . خاصة خارج العيادة . وقد يطلب منه القيام بدور الطرف الآخر ، وهو ما يسمى « عكس الدور » .

وبعد أن ينمي العميل مهارات التأكيد في العيادة ، تعطى له تمرينات مسلسلة لممارستها في عالم الواقع وذلك من خلال التشكيل والهيراركية للمواقف ، أي تدرجها من البسيط إلى المعقد . ومن الأفضل الابتداء بالتعامل مع أشخاص لا يتوقع منهم رفض السلوك التأكيدى ولكن يتدرج بعد ذلك إلى مثل هذه المواقف . وللتدريب على تأكيد الذات في جماعة مزايا منها : تنوع أكبر في النماذج وتشابه أكبر مع عالم الواقع وتقديم فرص أكبر للتدعيم . إلا أن من مساوئه أن الوقت الذى يخص الفرد الواحد يكون أقل ، كما أن البرنامج يكون أقل فردية ، هذا فضلا عن أن الموقف الجماعى قد يستثير القلق لدى بعض العملاء .

إجراءات التنظيم (أو الضبط) الذاتى

يتضمن التنظيم الذاتى بوصفه استراتيجية علاجية المواقف التى يكون فيها الفرد نفسه أداة تغيير سلوكه . وفي هذه الاستراتيجية العلاجية يرتب المعالج التدعيم بصورة ينتقل فيها العميل من الضبط الخارجى لسلوكه إلى الضبط الداخلى لهذا السلوك . وهو موقف اختياري ، كما يحدث بالنسبة للفتاة الخجولة التى تبادىء بمحادثة الآخرين بدلا من تجنب الموقف . ومن أساليب الضبط الذاتى : الملاحظة الذاتية ، تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية . وهى تتضمن السلوك الداخلى مثل الأفكار والصور والاستجابات الفسيولوجية كما تتضمن السلوك الخارجى . ويشتمل أسلوب التنظيم الذاتى عامة على قيام المعالج بتعليم العميل المبادأة ببعض استجابات الضبط الذاتى مع تدعيم خارجى فى المواقف التى يحدث فيها عادة السلوك غير المرغوب . وقبل أن ناقش أساليب الضبط الذاتى من المهم التأكيد على أنها ليست مستقلة تماما .

فالملاحظة الذاتية مثلا يمكن النظر إليها بوصفها نوعا من البرجة الفردية التي يستخدم فيها الشخص سلوكه هو للتغير (١٩) .

الملاحظة الذاتية : للملاحظة وتسجيل السلوك المراد ضبطه يتعين أن يكون الشخص واعيا بما يفعله . وتمثل مهارات الملاحظة الذاتية (أو التسجيل الذاتي أو الرقابة الذاتية كما يطلق عليها أحيانا) طريقة لتنمية الوعي ، أى معرفة المنبهات أو المعلومات التي قد تؤثر في أفعال الفرد ، وهى بيانات يجمعها الشخص عن افعاله هو . واتساقا مع النظرة السلوكية تجمع البيانات عن السلوك الهام ، أى الاستجابة التي يراد ضبطها قبل محاولة إحداث أى نوع من التغير . وقد تجمع بيانات أحيانا عن الأحداث المواقبة ، ولكن يتعين أن تجمع دائما أولا . وتؤدي الملاحظة المنظمة والتسجيل والتحليل من جانب الفرد لسلوكه إلى تزويده بسجل متطور ومستمر لأفعاله . ويؤدي إرجاع الأثر لهذا النوع من البيانات عادة إلى التأثير في السلوك الملحوظ . وتتعدد وتنوع أدوات الملاحظة الذاتية ومنها خرائط ورسوم الحائط ومنبهات وعدادات الرسغ والمذكرات السلوكية وبطاقات الجيب ، الخ . فمثلا : جدول يسجل فيه وزن الجسم يوميا ويعلق في الحمام أو التدريب الذاتي على تمييز مستوى الكحول في الدم ، أو عداد صغير يركب في رسغ اليدين لتسجيل الأفكار الإيجابية .. يمكن أن يسهم في توضيح التغيرات الحادثة من يوم لآخر وملاحظة الفروق مثلا بين أيام الأسبوع وعطلة نهايته ، وكذلك معدل التغير وأى الأحداث تستثير أى أنواع السلوك ، وأى العواقب تبقى على هذا السلوك ، وتشير نتائج الدراسات التجريبية إلى أن الملاحظة الذاتية تسهم في دعم السلوك الموجب ، ويقدر أقل في تقليل السلوك غير المرغوب (١٩ ، ص ٤٦) .

التخطيط البيئى : ويتضمن تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث تتغير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك أو عواقبه المباشرة ، وذلك غالبا عن طريق إلغاء أو تجنب مواقف الحياة اليومية التي يكون فيها القرار أو الاختيار ضروريا . ويشير عدد من الدراسات إلى أن التنظيم الذاتي عن طريق ضبط المنبه فعال جدا ، إذ يغير الشخص فيه البيئة بحيث يرتبط السلوك المشكل بعدد متناقص تدريجيا من الأدلة المنبهة . فمثلا ، المسرف في الأكل أو المدمن لمادة مخدرة ، قد يتجنب المواقف التي ترتبط بالسلوك المنبه للسلوك المشكل أو قد يضيق تدريجيا من نطاق المواقف التي

يعطى فيها الاستجابة التي يراد ضبطها . ومن أمثلة ذلك التدخين في مكان معين (البدروم مثلا) وبعد ساعة معينة (العاشرة مساء) . وقد ينقص المدمن من المواقف الاجتماعية التي يتعاطى فيها المخدر ، والمسرف في الأكل قد يبعد وقت الأكل الأدلة المنبهة في البيئة مثل وعاء الحلوى والأصدقاء المقربين وإعلانات التليفزيون ، وكذلك قد يتناول طعامه في غرفة الطعام بعيدا عن المطبخ . والنوع الثاني من البرمجة البيئية هو تغيير العواقب الخارجية للسلوك . فمثلا ، يمكن أن يطلب الشخص من صديق مقرب أو زوجة أو أخت تقديم عواقب إيجابية أو سلبية عند وقوع الاستجابة المطلوب ضبطها . فإذا كان الأب يحاول مثلا بأن يقلل من اشتباكاتة السلبية مع أطفاله ، وفي كل مرة تحاول ألام تهدئته بعد كل خبرة ، فإنه يمكن للأب أن يطلب من الزوجة تجنب الاهتمام بهذه الحوادث بعد وقوعها . وقد يطلب طالب جامعي من زميله أن يستجيب له إيجابيا في فترات زمنية معينة إذا استذكر دروسه وسلبيا إذا لم يفعل ذلك . والتخطيط البيئوي هو الأساس في استراتيجية « الماركات » الرمزية ، وهي تمتاز بإمكان ضبطها لأنواع مختلفة من السلوك كما يمكن أن يتبع معها كل أنواع استراتيجيات الضبط الذاتي . ويحدث التخطيط البيئوي بوصفه استراتيجية ضابطة للسلوك قبل الاستجابة المطلوب ضبطها بعامة أي إن الشخص نفسه يرتب الأحداث مقدما .

البرمجة السلوكية : وفيها يستخدم الشخص نفسه بعض مقدمات أو عواقب مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها ، وقد يستخدم الشخص عمليات ظاهرة أو باطنة لتغيير المهدئات المنبهة أو لتدعيم العواقب . فمثلا ، قد يضبط الشخص منبه معصم لكي يدق كل ساعة ليبدله على الانشغال بفكرة ذاتية إيجابية أو قد يدعم الشخص نفسه بصورة إيجابية مثل الاستلقاء على الشاطئ إذا حدث فعل معين . وأساليب الضبط الذاتي المتبعة في « اليوجا » و « الزن » هي من نوع البرمجة السلوكية من حيث أن مختلف الأفعال الظاهرة والباطنة يقوم بها الشخص لضبط استجابات معينة . وبالرغم من ذلك فإن الضبط الذاتي لا يقتصر على الأفعال التي يقوم بها الشخص بمفرده .

وتتكون البرمجة السلوكية من أساليب كثيرة منها : (أ) التدعيم الذاتي الإيجابي بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (ب) التدعيم الذاتي السلبي : تجنب منبه منفر أو الهرب

منه بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (ج) عقاب ذاتي إيجابي : إزالة مدعم متاح بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (د) عقاب ذاتي سلبي : يقدم الفرد لنفسه منبها منفرا بعد أداء استجابة معينة فقط ، (هـ) ضبط منبه منظم ذاتيا : تقديم أو تغيير أو إزالة أدلة منبهة تعتبر مناسبة لمتغير الاستجابة المطلوب ضبطها ، وقد تشمل : تعليمات ذاتية ، ضبط داخلي لاستجابة أوتوماتيكية ، تدريبات استرخاء فيزيقي ، تصور حي vivid imagery . وقد يجمع أحيانا بين أكثر من أسلوب . فمثلا قد يجمع بين استجابات التصور الحي والاسترخاء الفيزيقي للتخفيف من استجابات القلق الباطن ، ويجمع في الأسلوب المعروف باستثارة الحساسية الباطنة covert sensitization بين الصورة المنفرة والاستجابة المطلوب ضبطها أو التحكم فيها . وذلك في علاج التدخين والجنسية المثلية والإفراط في الأكل والكحولية لضبط السلوك الظاهر والباطن . وقد استخدمت الاستجابات الباطنة بوصفها عواقب رمزية موجبة أو سالبة وأعطت نتائج طيبة . فمثلا استخدم هوم (١٩ ، ص ٤١٠) في علاج التدخين أسلوبا يطلب فيه من المدخن حين تخطر له فكرة التدخين (الدليل المنبه) أن يبادر بفكرة قوية مضادة مثل « التدخين سوف ينقص من عمري » أو يتصور « طفاية السجائر » المليئة بأعقاب السجائر مفرغة في فمه . وبلى هذه الاستجابة الباطنة فكرة موجبة أو صورة لا تتواءم مع التدخين مثل : « السباحة في نشاط وتناسق في حوض سباحة جميل » . وأخيرا يدعم نفسه عن طريق الإنخراط في سلوك مرتفع الاحتمال مثل تناوله القهوة أو النظر في ساعته أو التحدث مع السكرتيرة - ومن أمثلة هذا الأسلوب أيضا حالة فصامي طلب منه عقاب نفسه سلبا بشد حزام ثقيل من المطاط حول الرسغ كلما خطرت له الوسوس التي تراوده من أمثال : نقص جاذبيته البدنية والغباء والتلف الخي ، الخ . وبتناقض هذه الأفكار السلبية ، بدأ يكون أفكارا إيجابية مدعمة - ذلك أنه بعد أن تخلص المريض من وساوسه وبعد ثمانية أسابيع من بدء العلاج ، اتبع المعالج (ماهوني) الأسلوب المعروف باسم priming فكان يلصق أربع بطاقات في علبة سجائر العميل ، ويطلب منه أن يكتب على ثلاث بطاقات منها عبارة موجبة عن نفسه مثل : « إنني فخور بأن صحتي جيدة » مع ترك البطاقة الرابعة البيضاء . وقبل تناول السيجارة ، يقرأ العميل العبارة المكتوبة على البطاقة العلوية ثم يضعها أسفل البطاقات الأخرى ثم يتناول سيجارته . وحين تكون البطاقة البيضاء على القمة كان يتعين على العميل أن يفكر في عبارة موجزة وأن يكتبها في البطاقة الخالية . وقد زاد

هذا الأسلوب إلى حد كبير من تواتر الأفكار الموجبة لدى العميل عن ذاته خلال سبعة أسابيع . وقد قرر العميل أن الأفكار الذاتية الموجبة التلقائية كانت تدعم أحيانا بالسجائر ، ولكنها كانت في حد ذاتها تشكل ثوبا له لأنها تبعث على السرور . وقد أدى العلاج إلى ثقة بالذات وإلى توافق سلوكي عام .

وفي بعض التجارب ، أمكن مساعدة جماعة من طلاب الدراسات العليا على اكتساب القدرة على تحديد أهدافهم بوضوح وتغيير أفكارهم وسلوكهم ومشاعرهم بحيث تسهم في تحقيق هذه الأهداف - فكان يطلب من كل فرد أن يحدد كل منهم هدفا محدودا وواضحا ، وأن يلاحظ ذاته وسلوكه الموجه نحو الهدف وأن يقرر لنفسه الفترة اللازمة لتحقيق الهدف وما إذا كان يرغب في الاستمرار في محاولاته . وكان الطلبة يجتمعون في جماعات معملية (جماعات ت) فتحقق بذلك مصدران لإرجاع الأثر : الملاحظات الذاتية وملاحظات الآخرين في الجماعة . وقد وجد أن تواجد هذين المصدرين كان أكثر فعالية من كل منهما بمفرده ، وأن من كانوا أكثر التزاما بأهدافهم قد حققوا غالبا تغييرا ملحوظا في سلوكهم إذا قورنوا بالأقل التزاما . كما كان إرجاع الأثر في المراحل الأخيرة من التجربة (فصل دراسي) أكثر ارتباطا بتغيير السلوك من الملاحظات في المراحل الأولى .

وإجراءات التعلم الذاتي لا تسهم فقط في إحداث تغييرات سلوكية معينة ولكنها أيضا تعلم العميل طريقة حل المشكلات بصورة يمكن معها تعميمها إلى مشكلات أخرى . وتشير الدراسات إلى أن الجمع بين النمذجة والتعلم الذاتي أكثر فعالية من النمذجة بمفردها . وفي مواقف كثيرة قد يكون تدريب المعلمين والآباء بوصفهم مصادر للتدعيم أكثر جدوى من الناحية العملية . وتفويض المراجع بالكثير من برامج التدريب في هذا المجال (١٥) . وقد نجح لندزلى في مساعدة طفل عمره ثلاث سنوات على التخلص من إمساك بزمن ، فلم يكن يبرز إلا بعد استخدام « لبوس » طبي ، وذلك عن طريق تعليم الوالدين استخدام العواقب الاجتماعية وغيرها من العواقب المرتبطة بالسلوك المرغوب . وقد استجاب الطفل مباشرة بعد أول جلسة لتعديل السلوك وحافظ على السلوك الجديد ثمانية أشهر بعد بدء العلاج . كما استخدم التدعيم وأشرطة الفيديو في برامج مماثلة لتدريب الوالدين على استخدام طرق

تعديل السلوك مع أطفالهم . بل لقد لوحظ أن سلوك الوالدين والمعلمين يتغير بعد تدريبهم على استخدام طرق تعديل السلوك مع الأطفال .

والخلاصة أن التنظيم الذاتي منهج مفيد بخاصة في التعامل مع من يصعب استخدام المناهج الأخرى معهم لأسباب عملية وخلقية ، ومع من يتوفر لديه دافع قوى لتعديل سلوكه . ويتضمن المنهج تعلم عدد من الأساليب يستخدمها الشخص بنفسه في توجيه التغيير في سلوكه وأحيانا للتحكم في هذا السلوك وبحيث يستطيع أن يقوم تقويما دقيقا أفعاله وأن يقارنها بالمعايير التي يقيّمها بالاتفاق مع المعالج وأن يستعين بتدعيم ذاتي موجب أو سالب للاحتفاظ بالاستجابة الجديدة المكتسبة .

الفصل السادس

عملية العلاج النفسي

إقامة علاقة عمل : يهدف المعالج السلوكي إلى أن يعكس التعلم غير المتوالم وأن يمد المريض بخبرات تعلم جديدة . ومن الواضح أن المعالج لن يستطيع فرض الإشراف أو إعادة التعلم على أي فرد ، ذلك أن أقوى الأساليب تصبح عديمة الجدوى دون تعاون المريض وتوفر الدافع للعلاج لديه . ولذلك يتعين دائما أن تمارس الأساليب العلاجية في إطار « علاقة عمل » بين المعالج والمريض لتحقيق هدف مشترك متفق عليه ، ولكن مثل هذه العلاقة في حد ذاتها ليست كافية بوصفها علاجاً يتسم بأكبر قدر من الفعالية - وإذا كان العلاج التحليلي والعلاج المتمركز - حول - العميل يسلمان بأن النجاح في كل منهما يعتمد على صورة أو أخرى من العلاقة ، فإن هذا أمر يمكن التسليم بصحته في إطار التعلم ، ذلك أن تكرار خبرة بأحداث مزعجة من خلال التحدث عنها مع شخص متفهم ومتقبل يقدم الاستجابة الانفعالية المناسبة ، يمكن أن يؤدي إلى انطفاء الاستجابات الانفعالية المتعلمة لهذه الأحداث المزعجة . ولكن السلوكيين يرون أن تحقيق هدف العلاج يتطلب أكثر من ذلك عادة ، وإنه من الضروري للمريض أن يمارس فعلا الاستجابات الجذيدة في البيئة . ويرى بعض السلوكيين (١٣) أن العلاقة العلاجية قد لا تكون ضرورية في التعامل مع الأطفال الشديدي الانطواء على ذواتهم ومع المتخلفين والكتاتونيين الذين يصعب إقامة علاقة علاجية معهم . كما أن فرض علاقة في برامج مثل الإزالة الجماعية للحساسية من قلق الاختبار قد يكون أمرا معوقا . كما أن الأمر لا ينطبق على برامج مثل برامج إنقاص الوزن .

ويمكن عادة خلق جو من الثقة إذا أكد المعالج أنه يفهم المريض ويقبله وأن الاثنين يعملان معا وإذا توفرت الوسائل لمساعدة المريض في الواجهة المرغوبة ، ومن أخطاء المبتدئين في العلاج السلوكي التسرع في استخدام الأساليب ، لأن ذلك يؤدي بالمريض إلى الشعور بأن العلاج « سطحي » أو أن المعالج لم يفهمه حقيقة على أنه شخصية فريدة أو إلى أن يستسلم المريض للمعالج بوصفه صاحب المعجزات فلا يتعاون إيجابيا معه . ولكي يظهر المعالج أنه يفهم المريض ، فإنه يتبنى الاتجاه المتضمن أن مريضه هو فعلا شخصية فريدة وأنه يتعين الحصول على معلومات كثيرة لصياغة المشكلات صياغة حقيقية . والمعالج يتقبل مريضه ويتقبل سلوكه تقبلا كاملا غير مشروط . ومن الميسور في إطار مفهوم « حتمية السلوك » أن يكتسب المعالج السلوكي مثل هذا الاتجاه ، ذلك أن الشخص يسلك على ما هو عليه بسبب عوامل

محددة سابقة وتكوين ورائى وخبرات حياة . وفى هذا الإطار ، فإن استخدام مصطلحات مثل « مقاومة المريض » أو « عدم توفر الدافع » وغيرهما من المصطلحات التى تنقل المسئولية من المعالج إلى المريض تصبح عديمة المعنى .

وفى الجلسات الأولى ، يغلب أن ينفس المريض عن مشاعره المكبوتة أو يعبر عن عدم ثقته فى المعالج أو فى العلاج أو يحاول فى حذر معرفة المعالج معرفة أحسن . ويتعين على المعالج أن يسمح بإشباع هذه الحاجات ، وقد تستغرق الجلسة الأولى فى الحصول على المعلومات المناسبة إذا كان المريض مستعدا لذلك ، أو قد تستغرق هذه الجلسة فيما يمهّد لذلك أو ما قد يكون شرطا ضروريا للقيام به . ويتعين أن يحذر المعالج من فرض تحليله للمشكلات على عميله أو من فرض استراتيجياته العلاجية لأن ذلك يعنى حتما الفشل . وفى الوقت الذى يتحدث فيه المريض عن حاجاته ، ويكون المعالج مشغولا بصياغة تصور مؤقت لمجالات هذه المشكلات ، ثم يحاول التحقق من صدق تصوراتهِ من خلال إرجاع الأثر الذى يقدمه المريض بالنسبة لها . ويتوقف التحديد الأدق لهذه المشكلات على درجة تقبل العميل للتصورات . فإذا كان المريض أقل انطلاقا فى التعبير اللفظى عن حاجاته ، فإن المعالج قد يوجه أسئلة حول المشكلة الحالية والحصول على تاريخ مفصل لها ومجراها وتشابكها مع العلاقات الحاضرة ، وهى العلاقات التى تشكل بؤرة العلاج والتى يتعين لذلك الحصول على تفصيلات محددة عنها . وقد يتبع ذلك الحصول على تاريخ علاقات الطفولة فى العائلة والتاريخ المدرسى والمهنى والجنسى . وقد تكشف مثل هذه التواريخ عن الكثير من الخبرات السابقة للسلوك غير المتوائم الحاضر . وبذلك يمكن تقديم شرح للعميل فى مرحلة تالية عن أصول وتكون هذه المشكلات التى يبدو ظاهريا أنها غير قابلة للشرح ، وذلك من واقع نماذج من تاريخ الحياة ، فيتكون بذلك لدى المريض الشعور بأنه مفهوم حقيقة ، من خلال تقديم شرح للعقلانية فى سلوكه ، والقوى التى يتعرض لها ومقدماتها فى تاريخ حياته .. ويستند هذا الشرح إلى مبادئ التعلم وكيف تعلم فى الموقف المعين الذى يواجهه المريض . وتودى هذه العملية إلى اتفاق بين المعالج والمريض على أهداف العلاج . وعند هذه النقطة يقترح المعالج على المريض خطة علاجية يشرح له منطقتها تفصيليا ، يتحدد فيها دور المريض فى العلاج . وهو تحديد أثبتت البحوث أنه يودى إلى نتائج إيجابية وإلى تناقص معدل ترك المريض للعلاج (٧ ، ص ٢٢٢) . ومن الخطأ أن يلج المعالج على مريضه للقيام بسلوك معين (مثلا

التأكيد لزوجته على استعدادها للتصالح معها) لأنه إذا لم يحقق هذا السلوك غايته ، فإن المريض قد يعتقد أن هذا النوع من العلاج لا يصلح له وقد ينقطع عن مواصلته ، ويصعب في مثل هذه الحالة لوم المريض بحجة عدم توفر الدافع لديه أو بحجة ضعف الأنا لديه عن مواجهة الضغوط العلاجية - فالعلاج في تقدير جولدستين هو مسئولية المعالج والفشل العلاجي هو فشل المعالج .

و حين يدرك المريض الأحداث بصورة غير دقيقة بحيث تؤدي المشاعر الناتجة والسلوك الظاهر إزاء هذه الأحداث إلى شعور بالضيق أو إلى سلوك غير متواءم ، فإنه يتعين على المعالج بذل كل جهد ممكن لتصحيح هذه الإدراكات غير الدقيقة . ورغم أنه من الممكن أن تؤدي إعادة البنيان المعرفي إلى نتائج علاجية ، إلا أن الأمر يتطلب عادة التعامل مع الاستجابات الانفعالية التي أصبحت مشروطة بالحدث ، وربما نتيجة لسوء الإدراك أو لسوء التصور . ولذلك فإنه من الضروري إعادة تكوين البنيان المعرفي ، وفي نفس الوقت إدراك أنه من الأمور النادرة أن يكون تصحيح سوء التصور أكثر من خطوة تمهيدية للعلاج . وكثيرا ما ينظر إلى الاستبصار بوصفه عاملا فعلا في العلاج النفسي ، وهو فعلا قوة هامة وبخاصة إذا كان يعنى إدراك المريض للعلاقة بين السبب والأثر في سلوكه . وهو أمر مفيد غالبا حيث أن الاستبصار يزيل القلق الذي يصاحب الشعور بالاعقلانية ، ويكون أكثر فائدة إذا أدى منطقيا إلى استراتيجية علاجية يمكن للمريض فهمها وتبدو له معقولة . ولكن رغم ذلك فإن من الأمور الشائعة في العلاج النفسي أن تقول المريضة شيئا مثل : « فهمت أنني عاجزة عن الخروج إلى الشارع بمفردي خوفا من الرغبة اللاشعورية في أن اغتصب جنسيا ، ولكنني لازلت خائفة . فماذا يمكن عمله ؟ »

استراتيجيات العلاج السلوكي : في ضوء معرفة المعالج والمفاهيم التي يستند إليها العلاج السلوكي ونظرية الشخصية والنماذج الرئيسية التي عرضناها في الفقرات السابقة يحدد المعالج التدخلات العلاجية طبقا لخصائص الحالة الفردية المعينة . فمثلا ، إذا كان المريض يواجه صعوبات في علاقاته الاجتماعية لأنه عاجز عن الحصول على ما هو حق له ، أو لأنه يعاني من الكف في التعبير عن مشاعر الدفء نحو من يحبهم ، فإنه يتعين تحديد ما إذا كانت تتوفر لدى العميل إمكانيات الاستجابات الضرورية التي يكفها الخوف عن التعبير عنها ، وقد يلجأ المعالج إلى أسلوب إزالة الحساسية ، أما

إذا لم يسبق للعميل على الإطلاق أن تعلم هذه الاستجابات ، فإن المعالج يعلم مريضه هذه الاستجابات عن طريق أن يكون هو في سلوكه نموذجاً لها . وأن يعطى المريض الفرص لممارستها من خلال لعب الأدوار ، وفي مواقف العلاقات بين الأشخاص ، فإن لعب الأدوار يكفى عادة للتخفيف الفعال من القلق بحيث يتمكن المريض من أن يسلك بصورة يؤكد فيها ذاته بصورة مناسبة في مواقف الحياة . أما إذا كانت هناك مخاوف معينة لا ترتبط بالتفاعلات الاجتماعية مثل الخوف المرضى من الأماكن المغلقة (كلوستروفوبيا) فإن التخلص التدريجي من الحساسية يكون هو الاستراتيجية المناسبة ، ولكن ليس بالضرورة دائما . فقد يكون هذا الخوف استجابة معممة ذات أهمية ضئيلة فقط . ويذكر جولدستين حالة مريضة كانت تعاني من هذا الخوف ، وأوضح التحليل السلوكي أن المريضة كانت تشعر في حياتها الزوجية كما لو كانت محبوسة في مصيدة بسبب أنها كانت عاجزة عن التعبير عن حاجاتها لزوجها أو للرجال بعامة ، وأنها كانت كثيرا ما تستغل نتيجة لذلك . وقد أدى ذلك إلى الضيق الشديد والرغبة في الخلاص ، وقد أحست بأنها غير قادرة على القيام بذلك بسبب شعورها بأنها لن تستطيع أن ترعى نفسها . وقد أوضح التحليل أيضا أن هذه المشاعر سبقت ظهور الخوف المرضى وبدرجة أقل سبقت ظهور الخوف من أن تسلم رأسها لجفف الشعر أو من الوقوف في الصف . ولم يحاول المعالج أن يعالج خوف المريضة من صالونات الحلاقة ومن الأماكن المغلقة وصفوف الانتظار مباشرة ، ولكنه علم مريضته تأكيد ذاتها وشجعها على ممارسة هذا التأكيد للذات . وحين استطاعت أن تؤكد ذاتها اختفت الأعراض الأخرى .

وترتبط الاضطرابات السيكوسوماتية بالقلق بقدر أقل وضوحا . وفي حالة لمريضة كانت تعاني من اضطرابات في المعدة وإجريت لها عملية جراحية أصغر الجراح على أن تطلب المريضة العلاج النفسى منعا لعودة اضطرابات المعدة ، ولم تكن المريضة تعي بوجود مشكلات نفسية كما أن التحليل السلوكي الشامل المبني على أقوالها لم يسفر عن وجود مشكلة نفسية ظاهرة . ولكن زوجها ذكر أن المريضة لم تكن تظهر أبدا أى تعبير انفعالى سلبى رغم أن الأمور كانت تفرض عليها دائما وذلك لأنها كانت « طيبة إلى حد كبير » . ولما طلب من المريضة أن تسجل في يومية كل موقف تحس فيه باضطراب في المعدة وأن تلاحظ كل الظروف المحيطة بما في ذلك

الأحداث التي تسبق الشعور باضطراب المعدة ، ظهر بوضوح نمط ثابت من الشعور باضطراب المعدة بعد ساعة من وضعها في موقف تقوم فيه بعمل شيء لا يناسبها لمصحلة شخص آخر ، أو حين يشعر بالغضب أو بالضيق منها شخص آخر يغلب أن يكون زوجها . وقد ذكرت أنها لا تستطيع رفض القيام بما لا تترتاح له من أعمال أو مواجهة زوجها لأن ذلك يشعرها بالقلق .

و حين يشعر المعالج أنه قد حقق فهما لمجالات مشكلات العميل وأحداثها السابقة أو مقدماتها ، فإنه يقدم له هذه المعلومات في صورة من الصور الملائمة ومنها الصورة التالية التي يقترحها فولبي (في ٧ ، ص ٢٢٦) . وبالطبع يتعين تعديلها لتلائم المريض المعين في الموقف المعين .

« لقد أدركت أن الخوف يلعب دورا متزايدا في حياتك . ومن الضروري أن تفهم شيئا عنه فهو انفعال يلعب دورا عاديا في حياة كل فرد حين يواجه موقفا يتضمن تهديدا حقيقيا كأن يعلم مثلا أن المؤسسة التي يعمل بها على وشك أن تفصل موظفيها ، أو حين يجد أمامه فجأة ثعبانا ساما . ولن يحضر أحد للعلاج لأنه يشعر بالخوف في مثل هذه المواقف . ولكن الأمر يختلف إذا شعر الإنسان بالخوف من خيرات لا تحمل تهديدا حقيقيا كأن يخاف عند رؤية سيارة إسعاف أو عند دخول حجرة مزدحمة أو عند ركوب سيارة ، الخ .. ومن الواضح أن في مثل هذه المواقف أمر يعوق مسيرة الحياة اليومية بصورة مؤلمة . وهذا هو ما يسمى « الخوف العصبي » . ويهدف العلاج إلى عزل هذا الخوف عن المنبهات أو المواقف التي تستثيره . والآن لننظر في كيف ينشأ هذا الخوف العصبي . ولنأخذ المثال التقليدي للطفل الذي يبعد يده بسرعة وهو يبكي خائفا حين تلمس يده سطحها ساخنا لموقد فحم أسود ، تحاول أمه تهدئته ولكنها تلاحظ أنه بدأ يبتعد عن الموقد ويبدو خائفا منه . ومن الواضح أن الطفل كَوّن عادة مفيدة تساعد على تجنب الألم والضرر . ولكن قد يؤدي ذلك في بعض الحالات إلى عواقب غير محببة . فمثلا قد يخاف الطفل من الاقتراب أو من لمس صندوق أسود لحفظ الملابس وذلك مجرد التشابه بينه وبين السطح الأسود للموقد . وهي ظاهرة تسمى في علم النفس « التعميم » فالخوف من الصندوق الأسود خوف عصبي لأن لمسه لن يضر ، ولذلك عواقبه غير السارة .

فضلا عن أن الخوف غير المعقول أمر غير مرغوب في حد ذاته ، فإنه يلجىء الطفل إلى أن يدور حول هذا الصندوق لتجنب الاقتراب منه . كما أن الطفل لن يحاول الحصول على شيء مرغوب قد يكون في الصندوق كالحلوى مثلا .. وقد اكتسبت أنت أيضا مخاوفك من خلال خبرات غير سارة . وقد لمسنا بعضها من خلال تاريخ حياتك .. وقد أصبحت الانفعالات غير السارة التي عانيتها حينذاك مرتبطة بجوانب من الموقف الذي واجهته وترك أثره حينذاك . ويعنى ذلك أن الخبرات المشابهة التالية أدت إلى استثارة نفس المشاعر غير السارة .. ونظرا لأن هذه الاستجابات قد استثارتها منبهات معينة بفعل عملية التعلم ، فإنه يمكن أيضا التخلص منها عن طريق تطبيق أسس التعلم » .

الجوانب الإدارية :

الموقف : لا يختلف الموقف في العلاج السلوكي كثيرا عما هو عليه في المناهج العلاجية الأخرى . فالمعالج يرى المريض في جلسات أسبوعية تستغرق كل منها من خمسين دقيقة إلى ساعة في مكتب مؤثث بالصورة المألوفة . ويحال المريض عن طريق الزملاء أو هو ينشد العلاج نتيجة سماعه شيئا عن العلاج السلوكي . ويحرص المعالج على قاعدة السرية في العلاج السلوكي . وهو يستأذن المريض في التسجيل الصوتي لبعض الجلسات بقصد إعادة الاستماع إليها أو إلى أجزاء منها في جلسات تالية ، وذلك حتى يستطيع أن يتبين التقدم أو عدمه في العلاج من جلسة لأخرى ، كما يمكن الاستعانة بتسجيلات الفيديو .

العلاقة : سبق أن ناقشنا هذا الموضوع . ورغم أنه لا ينظر في العلاج السلوكي إلى العلاقة على أن لها وحدها دلالة حاسمة في النتائج العلاجية ، إلا أنه في ضوء الإجماع في النتائج التجريبية وبخاصة في العلاج المتمركز - حول - العميل ، فإنه من المقدر أن لها قيمة في أى منهج علاجي . ومن المحقق أنها لا تتعارض مع المنهج السلوكي .

مشكلات المريض : يختلف أسلوب مواجهة المشكلات مثل الاكتئاب الحاد والتهديد بالانتحار والبكاء من معالج لآخر في إطار المدرسة السلوكية . وهذه

المشكلات هي نتاج الظروف التي يعيشها المريض ، ومن المهم تقبله في كل الحالات . كما يمكن استخدام المهدئات ومضادات الاكتئاب لإشعار المريض بقدر من الراحة . ومع تقبل المعالج لهذه الحالات وتوضيحه للمريض أن هذه المشكلات هي نتاج الظروف التي يعيشها ، فإنه يعيد توجيه العلاج إلى تبين المواقف التي تستثير هذا القلق غير الموائم .

الجمع بين المناهج المختلفة

قد يشمل البرنامج الكلى لعميل مكونات عديدة بالإضافة إلى برنامج التغيير السلوكي . ومن هذه المكونات العلاج الطبي والعلاج الغذائي ، والمشورة القانونية والمالية والتدريب المهني والتدريب على حل المشكلات وبرامج التدريب على الوالدية والإرشاد الديني ، الخ .. ويحتل المعالج السلوكي موقفاً فريداً يستطيع فيه أن يختار من عديد متنوع من إجراءات تعديل السلوك بما يناسب العميل المعين ، فذلك أفضل من أن يقصر إجراءاته على نوع واحد معين منها (مثل الإشراف الإجرائي أو الكف التبادلي) قد يصلح لمشكلة معينة ولكنه يكون أقل صلاحية لمشكلة أخرى . وهذا الجمع ، إذا أجرى بطريقة مناسبة ولعميل معين ، يمكن أن يزيد بقدر كبير من الفعالية العلاجية . ويضرب مكبولاس (١٣) الأمثلة التالية لتوضيح مزايا الجمع بين الإجراءات المختلفة .

الجنسية المثلية : إذا افترضنا أن المعالج استطاع أن يقنع نفسه بأن علاج الجنسية المثلية أمر مقبول ومفضل ، فإنه يستطيع أن يصمم برنامجاً علاجياً يضم أساليب مثل : الإشراف المضاد التنفيري (ربما الحساسية غير الظاهرة للإقلال من الاستجابات الجنسية للمنبهات الجنسية المثلية) ؛ إجراء مثل إزالة الحساسية ، لإنقاص القلق المرتبط بالمواقف الجنسية الغريبة ؛ والتدريب على المهارات الاجتماعية وعلى تأكيد الذات في المواقف الجنسية الغريبة .

الإفراط في الأكل : يرتبط التحكم في الوزن بثلاثة مكونات هي : التمرينات الرياضية ، الأكل كماً ونوعاً ، وسلوك الأكل . فالتمرينات تحسن الصحة وتستهلك سعرات حرارية ، والتحكم في وجبات الأكل كماً ونوعاً يعني التحكم في مدخل

السرعات والمكونات الأخرى التي تؤثر في الصحة ، والسلوك والوزن . ورغم أن التحكم في الوجبات بالنسبة إلى عمليات الأيض ومقدار التمرينات ، طريق يمكن من خلاله ضبط الوزن ، إلا أنه يكون غالبا غير فعال ، إذ يمكن أن يقلل كثيرون ممن يعانون من مشكلة الإفراط في الأكل من وزنهم من خلال اتباع « رجم » معين أو آخر ، ولكنهم غالبا ما يستردون ما فقدوه من وزن بعد فترة . ويتطلب التحكم في وزن الجسم على المدى الطويل تغيير سلوك الأكل من خلال تعديل السلوك . وهو يشمل في هذه الحالة : التحكم في الأكل مثل قصر الأكل على مكان واحد معين في المنزل وعدم الأكل أثناء القراءة أو مشاهدة التلفزيون ؛ الإقلال من القاق الذي يستثير الأكل من خلال إزالة الحساسية ؛ الإشراف المضاد التنفيري ، مثل الحساسية غير الظاهرة بهدف التحكم في الإفراط في الأكل ؛ إنقاص القيمة التذميمة لبعض الأطعمة كما هو الحال مع الموقف المنبه أو من خلال إعداد وجبات صعبة ؛ التحكم الإجرائي غير الظاهر و « وقف الأفكار » في التعامل مع الأفكار المرتبطة بالأكل ؛ تدعيم البدائل السلوكية المضادة لسلوك الأكل في مواقف مختلفة ؛ تجنيد العائلة والأصدقاء لتقديم المساعدة والتدعيم الاجتماعي للتغير السلوكي ونقصان الوزن ؛ والتعاقد الإشرافي لتدعيم تنفيذ البرنامج وإنقاص الوزن . وقد تشمل التغيرات خلال تناول الفعلي لوجبة : وضع كميات صغيرة في الطبق ، الإبطاء في عملية الأكل ؛ عدم تناول طعام بالشوكة في الوقت الذي يمضغ فيه الفرد طعامه ، التوقف عن الأكل قبل امتلاء المعدة وإزالة الطعام فورا من المائدة .

التدخين : يقرر مكبولاس أنه لم يثبت أي منهج علاجي فعالته في إنقاص معدل التدخين أو التخلص منه بأكثر من نجاح وقتي يستمر لشهر أو لشهرين . وقد يصلح برنامج لبعض العملاء ولا يصلح للبعض الآخر ، وذلك لأن تدخين السجائر يرتبط بالكثير من السلوك اليومي للعميل (مثل تبادل فنجان من القهوة بعد وجبة ، أو حفل أو التحدث في التلفون أو عند الشعور بالقلق) فضلا عن تأثيره الفسيولوجي . ويجد التدخين تدعيما اجتماعيا وبخاصة للمراهقين الذين يبدأون التدخين عادة بتأثير هذا التدعيم ، وقد يقلل التدخين من القلق أو قد يعطى الشخص شيئا يفعله بيده ، ويقدر عدد المدخنين في الولايات المتحدة الأمريكية بما يقرب من ثلث السكان ومعظمهم لا يستطيع التوقف عن التدخين لأكثر من فترة قصيرة .

وتشمل الإجراءات السلوكية التي تستخدم في هذا المجال : التحكم في المنبه مثل إزالة المهديات المرتبطة بالتدخين ، أو قصر التدخين على حجرة معينة ؛ الإشراف المضاد للتفيري (سجائر تنفث دخانا كريها ساخنا) ؛ الحساسية غير الظاهرة ؛ الموقف المنبه مثل : التدخين السريع ، إنقاص القلق المرتبط بالتدخين ، أو الانفعالات السلبية الأخرى المؤدية إليه ؛ التغيرات الدافعية عن طريق التعاقد ومساعدة الرفاق ؛ تعلم سلوك بديل ؛ وقف الأفكار ، التحكم الاشرافى غير الظاهر لإنقاص الأفكار المؤدية إلى التدخين وزيادة الأفكار المؤدية للتدخين . وقد يكون التدخين مجالا يفضل فيه منهج غير متدرج (مثل التوقف عن التدخين كلية) على منهج التدرج (أى الإنقاص التدريجى لعدد السجائر التى يدخنها الفرد فى اليوم) . كما يتعين أن يتصدى البرنامج العلاجى للمشكلات التى تترتب على الامتناع عن التدخين مثل زيادة قابلية العميل للاستثارة أو للعدوانية والإفراط فى الأكل وحاجة العميل للقيام بشيء يستخدم فيه يديه وفمه .

الكحولية : تشير الإحصائيات إلى أن نصف كل حوادث المرور المفضية إلى الموت فى الولايات المتحدة الأمريكية تتضمن سائقا مغمورا . ويقدر عدد الكحوليين فى هذه البلاد بحوالى عشرة ملايين فرد . ولقد نجحت بعض البرامج مثل جماعة « الكحولى المجهول » (AA) Alcoholic Anonymous مع بعض أنواع من الكحوليين . ولكن معظم البرامج العلاجية لم تصادف نجاحا . والكثير من المستشفيات ومراكز الصحة العقلية ترفض التعامل معهم . وفى الثقافة الأمريكية ، هناك مدعومات كثيرة لتعاطى الكحول ، فهو مكون هام فى المواقف الاجتماعية ، بل إن الكثيرين من الآباء الذين يخشون أن يتعاطى أبناءهم الماريجوانا يشعرون براحة نسبية إذا أيقنوا أن أبناءهم يتعاطون الكحوليات فقط . والكثيرون من الرجال يعادلون بين « الرجولة » وتعاطى الكحول مما يجعل من الصعب عليهم الاعتراف بأنهم مغمورون إلى الحد الذى يصعب عليهم قيادة سيارة أو الاعتراف بحاجتهم إلى العلاج . والكحول يقلل من الاستجابات الانفعالية مثل القلق ومن الملل ومن ثم يكون مدعما . كما أن التأثير التدعيمى للكحول يكون سريعا بينما تكون عواقبه السلبية أبعد زمنا . والكحول قد يسبب الامتناع عنه الغنيان والقيء والحمى .

وقد استعانت برامج سلوكية كثيرة لعلاج الكحولية بمناهج وأدوات عديدة ومتنوعة ، تختلف باختلاف العميل وتشكل كل الأساليب التي سبق الإشارة إليها في علاج التدخين والإفراط في الأكل . ولكن من المهم إحداث تبادل بين المدعمات المهنية والعائلية والاجتماعية . وقد كان يظن في البداية أنه يتحتم أن ينقطع المريض عن الكحول للأبد ، ولكن بحوثا حديثة تشير إلى أنه بالنسبة للبعض ، فإن تناول الكحول بقدر من التحكم قد يكون هدفا ممكنا ومرغوبا (على الأقل في بعض الثقافات) وقد يستعان بالمحاكاة (« بار » مثلا) يتدرب فيه الفرد على الضبط الذاتي والاكتماء بقدر محدود كما يتدرب على تقدير نسبة الكحول في دمه على أساس كمية ما تناوله من كحول ، وفي ضوء مبادئ فسيولوجية وانفعالية . ويعالج البعض الكحولية بوصفها سلوكا إجرائيا ، ومن ثم يهتم البرنامج العلاجي بتحديد المواقف التي يتعاطى فيها العميل الكحول وتعليمه سلوكا بديلا لهذه المواقف .

وكان فوجيل وزملاؤه (في ١٣ ، ص ١٤٥) يعرضون على الكحوليين تحت العلاج في مؤسسات ، وهم في غير حالة السكر ، أشرطة تسجيل فيديو لهم وهم في حالة سكر بقصد دفعهم إلى التغيير . وقد كان الهدف هو التحكم في معدل تعاطى الكحول وليس الامتناع الكلي عنه . وقد درب المرضى على تقدير نسبة الكحول في الدم ، كما كانوا يعاقبون أحيانا بصدمات كهربائية على زيادة تعاطيهم للكحول عن الحد المقرر . كما اشتمل البرنامج على محاضرات وتدرجات على الاسترخاء وعلى مهارات العلاقات الشخصية المرتبطة بمواقف تعاطى الكحول (مثلا رفض عرض بالشرب) . وكانوا بعد مغادرتهم للمستشفى يعودون إليه لعلاج تقوية . وفي متابعة بعد عام وجد أن ٦٢٪ من المرضى قد انقطعوا تماما عن تعاطى الكحول . أو كانوا يتعاطونه بكميات محدودة خاضعة لتحكمهم ، كما تحولوا إلى تعاطى الكحوليات الأخف .

والخلاصة ، أنه من الممكن ، بل ومن الأفضل في الممارسات العملية الجمع بين إجراءات كل من الإشارات الاستجابية والإشارات الإجرائية . وسوف تكون بعض المنبهات الداخلية (وهي تشمل الأفكار والمهديات المرتبطة بالانفعالات والنشاط الجسمي) والمنبهات الخارجية منبهات شرطية تستثير مدى من الاستجابات الشرطية بدرجات مختلفة من القوة . وبعض المنبهات سوف تكون منبهات تمييزية تتهدى إلى إجراءات مختلفة ممكنة . وجزء من مهمة المعالج هو أن يتعرف على هذه الأنواع

المختلفة من المنبهات وربما أن يغير فيها . وهو بعد ذلك يتعامل مع دافعية العميل . فقد يقوم جزء من هذه الدافعية على أساس استجابات اشراطية مثل القلق أو الغضب والذي يمكن تغييرهما استجابيا (كلاسيكيا) وجزء من الدافعية قد يقوم على أساس توقع تدعيم أو عقاب والذي يمكن تغييرهما إجرائيا . وفي تواجد منبهات معينة ودافعية معينة سوف يسلك الشخص بطريقة تقوم إلى حد كبير على أساس التعلم السابق . وهنا يمكن تدريب العميل على الطرق البديلة للسلوك في مثل هذه المواقف . وأخيراً فهناك عواقب معينة للناس بسبب سلوكهم تشمل تدعيماً وعقاباً . ويكون التعامل مع ارتباطات هذه العواقب اشراطاً إجرائياً بينما قد يتضمن تغيير تأثيرات التدعيم أو العقاب لحدث اشراطاً استجابياً .

تطبيقات في السلوك العصائى :

تجد أسس الإشارات الإجرائية تطبيقات عديدة ومتنوعة لها في علاج اضطرابات عصائية معينة ومشكلات أخرى مثل حالة النحول الشديدة في القهم العصائى (نقص الشهية العصائى) واضطرابات النطق والكلام وتحسين الاستجابات الاجتماعية للأطفال الشديدي الانطواء على ذواتهم . ويوضح برادى (في ٥ ، ص ١٣٧٠) الخطوات الخمس في العلاج باستخدام حالة مدرس جامعى صغير السن كان ناجحاً في كتابة مقالات ممتازة ، ولكنه فقد قدرته على الجلوس أمام الآلة الكاتبة وكتابة شيء ذى بال حتى لو ضغط على نفسه . وتوضح مثل هذه الحالة اتجاهها بدأ يتزايد في الظهور في العلاج عن طريق تعديل السلوك ، وهو زيادة قدرة المريض على ضبط سلوكه والتحكم فيه ، أى الضبط الذاتى أو العلاج الذاتى :

(١) اختيار وتعيين السلوك المستهدف : Target : يعتمد اختيار السلوك المستهدف تعديله على إجراء « تحليل سلوكى » كامل للمشكلة الإكلينيكية كما سبق عرضه . وليس من الملائم دائماً التركيز على الأعراض الظاهرة أو المقدمة . فمثلاً ، قد يكون عجز المدرس الجامعى عن الكتابة جزءاً واحداً من صورة كلية تتضمن نقص النشاط ونقص الاهتمام ببيئته ، بما فى ذلك الأنشطة الترفيهية والاجتماعية التى كانت فى الماضى مصدر سرور ولذة له ، فى هذه الحالة تكون المشكلة الأولية هى الاكتئاب ، ويتعين أن يركز العلاج على ذلك . ولكن إذا كانت الحياة الاجتماعية للمدرس عادية ، فيما عدا قلق مفهوم على مستقبله

الأكاديمي ، فإنه ربما يكون قد مر بخبرات فاشلة عديدة في الكتابة مثل رفض البحوث التي قدمها مما أدى إلى تثبيط همته وصعوبة عودته للكتابة . وهكذا قد تنشأ دائرة من عدم الشعور بالأمن والخوف والتجنب . وكلما طالت فترة تجنبه للكتابة كلما راد شعوره بالعجز وصعوبة العودة للكتابة . وفي هذه الحالة فإن السلوك المستهدف في العلاج هو الكتابة الأكاديمية نفسها .

- (٢) **قياس السلوك المستهدف :** وهي خطوة حاسمة لأن الدليل على فعالية التدخل العلاجي يستمد من قياس التغيرات في المتغير المعتمد . وقد يطلب من المدرس الجامعي أن يسجل في مذكراته اليومية مقدار الوقت الذي ينجح فيه في الكتابة كل يوم . وفي الحالات الشديدة قد تكون وحدات الكتابة هي عدد السطور التي يكتبها وقد يكون هذا العدد في بداية العلاج وفي الأيام الأولى منه صفرا .
- (٣) **اختيار مدعم مناسب وفعال :** يسعى المعالج والمريض إلى البحث في البيئة عن مدعم متاح تكون له القوة على تشكيل السلوك الجديد والمحافظة عليه ، وثمة قاعدة عامة في البحث عن مثل هذا المدعم ، وهي تحديد نوع النشاط الذي يقضى فيه المريض حاليا وقتا كبيرا ، إذ أنه يغلب أن يكون مدعما قويا . فمثلا ، قد يقرر المدرس الجامعي أنه يقضى وقتا كبيرا في قراءة الجرائد اليومية ، وبذلك فقد يكون في إتاحة الجريدة مدعماً مفيداً . ولكن بالنسبة لمريض آخر ، قد يكون المدعم هو شرب القهوة ، أو مشاهدة التلفزيون أو التحدث مع الزملاء أو لعب الشطرنج .
- (٤) **إقامة الإشراف :** يقيم المريض بمعاونة المعالج ترتيباً يصبح بمقتضاه الحصول على المدعم ، مثلا قراءة الجريدة اليومية ، مشروطا بالانخراط في السلوك المستهدف ، وهو الكتابة . وهناك عدد من القواعد يتعين مراعاتها في هذا المجال : (١) تكون فعالية المدعم أشد ما تكون بعامة إذا تبع مباشرة السلوك المستهدف تقويته . وقد يكون التشكيل Framing ضروريا . فمثلا ، قد يكون من المتوقع ، أي قد يتوقع المريض نفسه ، أن يحقق في البداية انجازا متواضعا للحصول على المدعم . كأن يخطط مثلا خمسة سطور يتبعها قراءة الجريدة اليومية لمدة ١٥ دقيقة . وبعد أن يستقر هذا المطلب ، قد يزداد مثلا إلى عشرة سطور ، وهكذا ، (٢) جدول التدعيم : يتعين في البداية أن يتبع الكتابة تقديم التدعيم ، أي التدعيم المستمر ، إذ أنه أكثر فعالية في المبادأة بالسلوك والإبقاء عليه في البداية . ولكن بعد فترة يمكن أن يقدم التدعيم بعد كل مرتين

أو ثلاث مرات من الكتابة « التدعيم المتقطع » **Intermittent Schedule** « of Reinforcement » ويمتاز بقدرته على توليد سلوك أكثر مقاومة للانطفاء . إذ يصبح سلوك الكتابة أقل اجتهادا بصورة مباشرة على المدعم المعين وهو في هذه الحالة قراءة الجرائد . وعادة لا يهتم بجودة الكتابة أو طبيعتها لأن المشكلة هي البدء بالكتابة . كما أن السلوك المستعاد يتدعم بشعور المريض بالكفاءة وإرجاع الأثر المشجع من قبل الزملاء أو قبول ما يكتبه للنشر ، الخ .

(٥) مراقبة ومتابعة التقدم : نظرا لأن المريض يحتفظ بسجلات لكتاباتاته فإنه يمكنه مع المعالج التحقق من مدى فعالية الإجراءات المتبعة . فمثلا ، إذا كان عدد السطور المكتوبة لا يزيد ، فقد يتعين جمع بيانات إكلينيكية إضافية والبحث عن مدعم أقوى . كما أنه من المفيد البحث عن مقاييس أخرى للأداء مثل ازدياد الثقة بالنفس ، وهو متوقع نتيجة التغلب على السلوك المشكل المستهدف .

إعادة التدريب الإشرافي المترونومي على الكلام

ويمثل هذا الإجراء السلوكي **Metronome-Conditioned Speech** و **Retraining** دائرة أخرى يتزايد الاهتمام بها في العلاج السلوكي ، وهي إقامة بدائل سلوكية **prostheses** ، وهذه البدائل هي أدوات ميكانيكية أو الكترونية يلبسها أو يحملها المرضى في بيئاتهم الطبيعية لتسهيل تعلم أنماط سلوكية أكثر تواؤما . ومن أمثلتها ما يهدف إلى علاج التأتأة الحادة والمزمنة لدى المراهقين والراشدين . وغالبا ما تكون التأتأة لدى مثل هؤلاء المرضى قد زاد تعلمها وزادت ممارستها إلى الحد الذي لا تصلح فيه لعلاجها الإجراءات الأخرى إذا استخدمت بمفردها مثل فك إشراف القلق المرتبط بالكلام أو إعادة تنظيم الإشرافات التدعيمية . ومن البدائل والإجراءات التي يمكن استخدامها في هذا المجال ما يلي (٥) :

المجدولة والطلاقة : Pacing and Fluency : من المعروف أن معظم المرضى الذين يعانون من التأتأة يظهرون تحسنا ملحوظا وفوريا في الطلاقة إذا تحكّموا في معدل كلامهم ليتفق مع الدقات المنتظمة لجهاز مترونوم سمعي . ولكن هذه المعرفة لم تستغل بالقدر الكافي في علاج مرضى التأتأة لسببين : (١) إن التحسن الذي يقع في الكلام في وجود المترونوم لا ينتقل بقدر كاف إلى الكلام بدونه . فالانتقال لا يحدث تلقائيا ؛ (٢) وحتى في وجود المترونوم ، فإن معظم المرضى يعجزون عن

الكلام فى يسر فى المواقف التى تشكل ضغوطا شديدة ، لأن التوتر والقلق المصاحبين يعوقان المرضى عن التنبه إلى دقات المترونوم وتوقيت كلامهم معها . وقد أمكن التغلب على هذين المعوقين من خلال تقنيتين : الأولى الكترونية والثانية سلوكية . وتمثل الأولى فى مترونوم الكترونى مصغر يشبه سماعة صغيرة يلبس خلف الأذن ومن ثم يمكن للمريض أن يحمل الأداة البديلة وبالتالي العلاج إلى الأيكولوجية الطبيعية . وهذه الأداة مزودة بضابط لحجم الصوت يمكن المريض من ضبط درجة ارتفاع صوت الدقات إلى أعلى من مستوى الصوت المحيط . والمترونوم مزود أيضا بضابط للمعدل يتراوح من ٣٠ إلى ١٥٠ دقة فى الدقيقة . والتقنية الثانية هى برنامج سلوكى تستخدم فيه الأداة بصورة منتظمة لفك إشارات القلق المرتبط بمواقف الكلام . وهذا الفك للإشارات أساسى لتمكين المريض من الكلام فى يسر فى كل المواقف إلى أن يمكنه فى النهاية الكلام بدون هذه الأداة .

إعادة التدريب : فى الجلسة العلاجية الأولى يحدد المعالج الظروف التى يمكن فيها للمريض الكلام فى يسر فى مكتب المعالج باستخدام مترونوم مكتبى مثل ذلك الذى يستخدم فى التدريب على البيانو . ومن الممكن دائما تقريبا تحديد هذه الظروف . ففى حالات التأتأة الشديدة ، قد يكون من الضرورى ضبط المترونوم على معدل ٤٠ دقة فى الدقيقة وتوجيه المريض إلى النطق بمقطع واحد مع كل دقة . وبالطبع ، فإن النتيجة هى كلام قليل الفائدة لأن معدله بطيء ولأنه محدود جدا وفى ظروف غير طبيعية هى مكتب المعالج . ويشير المعالج للمريض إلى أن المهمة الآن هى امتداد سهولة الكلام المتحصل عليها على بعدين : الأول يتعلق بالمعدل ، وإلى أن يستطيع المريض الكلام بمعدل عادى يتراوح من ١٣٠ إلى ١٥٠ كلمة فى الدقيقة . والبعد الثانى موقفى إلى أن يستطيع المريض الكلام فى كل المواقف والظروف . ويتحقق ذلك عن طريق مواصلة التدريب على خطوات صغيرة ، على أن يقوم المريض بالمران الذاتى على كل خطوة تتحقق خارج مكتب المعالج . فإذا استطاع المريض الكلام فى يسر بمعدل ٤٠ مقطعا فى الدقيقة ، فإن المعالج يزيد معدل المترونوم تدريجيا إلى ٥٠ ، ٦٠ ، ثم إلى ٩٠ أو ١٠٠ دقة فى الدقيقة . وكذلك يبدأ المريض فى نطق أكثر من مقطع واحد لكل دقة ويتمرن ذاتيا فى المنزل بين جلسات العلاج عند المعدل الذى وصل إليه ، كما يبدأ المريض فى تنويع مواقف وظروف الكلام بحيث تزداد تدريجيا فى درجة إثارتها للقلق . فمثلا ، قد يتمرن على الكلام وهو بمفرده فى

الأسبوع الأول . ثم يدعو صديقا أو والده إلى الكلام معه في الأسبوع الثاني . وبعد أن يكتسب قدرا من الثقة في الحديث مع شخص آخر ، يمكنه أن يدعو بالتدريج أشخاصا آخرين وهكذا . ويقدر برادى (٥ ، ص ١٣٧٢) نتيجة خبراته بأن المريض الذى يتوفر لديه الدافع للعلاج يمكنه أن يتحدث في طلاقة بالمعدل العادى (١٠٠ إلى ١٦٠ كلمة فى الدقيقة) فى مواقف قليلة الشدة وفى زمن يتراوح من ٣ إلى ٥ أسابيع من العلاج . وكذلك يمكنه التحكم فى أسلوب الكلام عن طريق السماح لنفسه بالتوقف الاختيارى مع بعض دقائق المترونوم والتحدث بأكثر من مقطع مع بعض الدقات ، الخ وعند هذه النقطة يبدأ المريض فى استخدام المترونوم المصغر والذى يسمح له بنقل التحسن الواقع إلى ظروف الحياة اليومية الطبيعية والأكثر تعقيدا . ويتدرج المريض صعودا من مواقف الضغط الخفيف إلى الأشد بصورة تقرب من أن تكون « تخلصا تدريجيا من الحساسية » بصورة حية ، فإذا ما واجه المريض صعوبة غير متوقعة فى الكلام بسهولة فى موقف معين ، أمكنه أن ينقص من معدل المترونوم وبذلك ينقص من معدل كلامه . فإذا ما تساوت كل الظروف الأخرى ، فإن هذا الإنقاص من معدل الكلام سوف يسمح للمريض باستعادة سهولة الكلام . وبهذه الطريقة يمكن للمريض أن يعدل من معدل كلامه طبقا لمستوى شدة الموقف الكلامى وبحيث يفضل دائما درجة أعلى من السهولة على معدل أعلى من الكلام . وحين يستطيع المريض الكلام فى سهولة فى معظم المواقف فى حياته اليومية ، يبدأ التخفيف من استخدام المترونوم بنفس الترتيب ، فيكف عن استخدامه فى أسهل المواقف أولا ، ثم إلى الأصعب قليلا ، وهكذا إلى أن يكف عن استخدامه فى كل المواقف ، وقد يتطلب ذلك عدة شهور ، ويقرر برادى أن الكثيرين من المرضى استطاعوا الاحتفاظ بالتحسن مددا طويلة بعد التوقف عن استخدام المترونوم ، ولكنهم قد يستخدمونه فى مواقف محددة مثيرة للقلق بدرجات عالية مثل مخاطبة جمهور أو محكمة . ولكن أقلية من المرضى لا تستطيع أن تحتفظ بالتحسن إلا باستخدام المترونوم . وفى تقدير برادى ونتيجة لخبرته ، فإن هذه الفئة تشكل أشد الحالات إزمنا وفشلا فى الاستجابة للطرق الأخرى ، ولذلك فهم يرحبون باستخدام المترونوم ولو بصورة دائمة .

وهناك عدد آخر من البدائل ومنها مترونوم الكتروني لإحداث استرخاء عضلى عميق فى العلاج عن طريق التخلص التدريجى من الحساسية ، أو للتحكم فى مراحل

التوتر والقلق . وكذلك هناك نظام الكترولني للإشارات للكشف عن أخطاء التواصل وتصحيحها ، وجهاز يمكن للشخص حمله لإعطائه صدمات كهربائية خفيفة لعلاج بعض الاضطرابات الوسواسية - القهرية . ويجب التأكيد على أن استخدام مثل هذه البدائل في العلاج السلوكي ليس بديلا عن إزالة القلق اللاتواؤمي أو تعلم المريض لأنماط سلوكية أكثر تواؤما ، بل هي معينات لتيسير هذا التعلم .

الطب السلوكي : وهو تطبيق لأسس تحليل السلوك (العلاج السلوكي) للوقاية من الاضطرابات الطبية وعلاجها ، ورغم أن الفكرة ليست حديثة ، إلا أنها لم تشكل في صورة ميدان محدد للتظير والبحوث والتطبيق إلا في العقود الأخيرة . ويتركز مجال كبير للتطبيق في التدريب على الاسترخاء لعلاج الاضطرابات مثل ضغط الدم *essential hypertension* والتي قد تلعب فيه حالة مزمنة من ارتفاع الاستتارية دورا فسيولوجيا مرضيا . والمجال التطبيقي الآخر للطب السلوكي هو فيما يسمى « اضطرابات الضبط الذاتي » *Disorders of Self-control* ومن أمثلتها : البدانة والتدخين والاعتمادية الكحولية . وتمثل الاستراتيجية الرئيسية في العلاج في مساعدة المريض على التحكم بقدر أحسن في سلوك التدمير الذاتي بطرق الضبط الإشرافي (تعديل السلوك عن طريق برمجة عواقبه) والتخطيط البيئوي (تعديل السلوك عن طريق برمجة المنبهات البيئية التي تتحكم فيه) . فمثلا ، في علاج البدانة ، تبرمج تدعيمات إيجابية معينة لإنقاص الوزن ومنها التشجيع من قبل المعالج ، الثناء من قبل أفراد الجماعة العلاجية أو ثواب عيني مثل ملابس جديدة أو أدوات وملابس رياضية بالاتفاق مع الزوج أو الزوجة مثلا) . وقد يتكون الضبط الإشرافي من دعوة المريض إلى النظر إلى صورة فوتوغرافية له حين كان أقل وزنا مما هو عليه الآن بكثير . وبعد أن ينجح مباشرة في الابتعاد عن طعام عالي السعرات أو كميات كبيرة من طعام مسموح به . وعلى العكس ، فإنه حين يجد المريض نفسه واقعا تحت إغراء الطعام غير المقبول ، فإنه يعين عليه أن ينظر إلى صورة له وهو بدين (والأفضل وهو في ملابس السباحة) ويتمثل التخطيط البيئوي أو ضبط المنبه في أن يطلب من المريض تناول طعامه في مكان واحد في الوقت الذي لا يكون مشغولا فيه بأي نشاط آخر ، فيأكل المرضى في مائدة واحدة ويستخدمون نفس الأدوات ويجلسون في نفس الكراسي . والفكرة هي في الإقلال من عدد المنبهات والأحداث البيئية التي أصبحت مرتبطة بالأكل والتي تنزع إلى استثارة سلوك الأكل . وهكذا

تصبح قراءة الجريدة اليومية أو مشاهدة آخر نشرة للأخبار المسائية أو الحديث التليفوني مع صديق ، تصبح مثل هذه الأنشطة التي ربما تكون قد ارتبطت باستشارة الأكل ، فاقدة لقدرتها على استثارة الشعور بالجوع والرغبة في الأكل . وكذلك فإن تحديد مواعيد الإجابات بدقة يقلل من المنبهات الزمنية المرتبطة بالأكل . وكذلك فإن من أمثلة التخطيط البيعوى أن يستخدم المريض دائما أطباقا وأكوابا صغيرة الحجم مما يشجع على تناول مقادير أصغر من الطعام .

ومن المجالات التطبيقية الأخرى للطب السلوكى الوقاية من المرض من خلال تعديل طراز الحياة ، مثل الوقاية من اضطرابات القلب عن طريق إنقاص عدد من عوامل الخطر المتعددة ولها جوانب سلوكية ترتبط بها ، مثل زيادة دهنيات الدم Hyper lipidemia ويمكن غالبا التحكم فيها عن طريق الالتزام بنظام غذائى خال من الكولسترول أو برنامج طبي دوائى يقلل من ليبيدات الدم . ويمثل الالتزام التام ببرنامج طبي مشكلة سلوكية وكذلك فإن ضغط الدم المرتفع عامل من عوامل الخطر يمكن الإقلال منه عن طريق فقدان بعض الوزن والرياضة المناسبة . ومن عوامل الخطر أيضا التدخين ونقص النشاط الرياضى والبدانة وكلها تتطلب تغييرا فى طراز الحياة . وأخيرا ، فإن النمط السلوكى المعروف بالنمط (أ) هو أيضا عامل خطر فى اضطرابات القلب قابل للتخفيف منه عن طريق أساليب العلاج السلوكى . والكثير من الأساليب العلاجية التى عرضناها تستخدم اليوم على نطاق واسع فى المحافل العلاجية بقدر من النجاح لإنقاص عوامل الخطر على القلب .

التعاقد السلوكى : Behavioral Contingency Contracting : وهو تطبيق من نوع خاص لقواعد التدعيم الإجرائى . ويمثل اتجاهين حديثين فى العلاج السلوكى وهما : العمل بقدر أكبر فى البيئة الطبيعية للمريض ، والكشف عن مركز المشكلات الاكلينيكية فى التفاعلات بين الأشخاص مثل الزوجين وعائلتهما ، وليس فى شخص واحد بمفرده . ويتضح استخدام التعاقد السلوكى أكثر ما يتضح فى الإرشاد الزواجى . ويفترض فى هذا المنهج لعلاج المشكلات الزوجية أن مشاعر واتجاهات كل من الزوج والزوجة نحو الآخر هى إلى حد كبير دالة لسلوك معين من كل منهما نحو الآخر ؛ وأن التركيز المباشر على تغيير السلوك المعين بدلا من التركيز على المشاعر والاتجاهات يكون أكثر كفاءة وفعالية - كما يفترض أن الزواج الموفق مثله مثل أى علاقة وثيقة مستمرة ومشبعة يقوم فى النهاية على أساس تبادل التدعيمات

الإيجابية . وفي التعاقد السلوكى ، يقوم المعالج بفحص الملامح البارزة في شبكة التدييمات القائمة بين الزوج والزوجة ومساعدتهما على إحداث تغييرات أكثر ملاءمة فيها . وغالبا ، فإن كلا منهما قد لا تكون لديه فكرة واضحة عما يريده الآخر أو ما يتوقعه من العلاقة . ولذلك فإن التعارض في التعاقد السلوكى يغلب أن يجعل مثل هذه التوقعات أكثر وضوحا وتحديدا . وكذلك فإن التفاعل في الزواج المضطرب غالبا ما يتضمن محاولة كل من الطرفين إشباع حاجاته عن طريق تبادل العقاب والتدعيم السلبي بدلا من التدعيم الإيجابي . فمثلا قد يكشف التحليل السلوكى لتفاعل الزوج والزوجة عن أن هذه الأخيرة تحاول عن طريق المضايقات المتكررة دفع زوجها إلى قضاء وقت أطول في المساء لمناقشة هومهما المشتركة . وهذا مثال لمحاولة التأثير في سلوك الآخر عن طريق التدعيم السلبي وفيه تأمل الزوجة في زيادة تواتر سلوك زوجها (مناقشة الهوم المشتركة) عن طريق إنهاء منبه منفر (المضايقات) حين يستجيب لها . ورغم أن مضايقات الزوجة قد يكون لها هذا التأثير في بعض الأحيان ، إلا أن الزوج قد يستجيب لها عن طريق الهروب أو التجنب ، وقد يترك المنزل غاضبا أو يرجع إليه متأخرا . ومن ثم فقد تستجيب الزوجة بحجب عاطفتها نحو الزوج . وهو مثال لعقوبة أو لحدث منفر (حجب الحب) يقصد منه إنقاص سلوك يسبقه (حضور الزوج متأخرا) . وقد يستجيب الزوج أيضا بنوع من توقيع العقاب على الزوجة (عن طريق السير في طريق الصمت بقدر أكبر) حين تفشل في التعبير عن عاطفتها نحو الزوج . وهكذا تنشأ نظم معقدة من العقوبات والتدعيم السلبي في بعض حالات الزواج المضطرب .

وفي تطبيق التعاقد السلوكى يساعد المعالج الزوجين على التعرف على السلوك الذى يريده كل منهما من الآخر أكثر من غيره ، وعلى تحديد وتخصيص هذا السلوك ثم يساعدهما في التفاوض على عقد تبادلى . فمثلا قد يوافق الزوج على تحديد وقت معين كل مساء لمناقشة الهوم المشتركة مع زوجته وقد توافق هى على وقف مضايقاتها له . كما قد يوافق الزوج على الحضور إلى المنزل في زمن محدد معظم أيام الأسبوع وقد توافق هى على إظهار عواطفها نحوه عند وصوله . ولتجنب الغموض وسوء الفهم ، فقد يطلب المعالج من الزوجين كتابة تفاصيل الاتفاق التعاقدى بينهما . وقد يعترض بعض الأزواج على مثل هذه الإجراءات أو قد ينظرون إليها على أن فيها خطأ لكرامتهم . وفي مثل هذه الحالات يشير المعالج إلى أن الزوجين قد عجزا

عن إقامة علاقات طيبة باستخدام الطرق الأخرى وأن البرنامج الحالى يكون ناجحا غالبا إذا التزم به الزوجان التزاما صادقا . ومن المفيد أن ينبه المعالج منذ البداية إلى أنه سوف تتم مراجعات دورية لمدى التقدم . ويمتاز التعاقد السلوكى بأنه فضلا عن نجاحه فى إبعاد التدعيمات السلبية ، فإنه يفيد الزوجين من خلال تبادل الخبرات فى التعاقد ، وهو يتضمن محاولة فهم حاجات الآخر والتعبير عن الحاجات الذاتية والكشف غالبا عن أن الطرف الآخر مستعد لتغيير سلوكه مما قد يترتب عليه تغيير فى الاتجاهات والمشاعر . وقد وضحت قيمة التعاقد السلوكى فى أكثر من مجال مثل علاج المرضى فى عنابر المستشفيات وفى التعامل مع العائلات .

والأفضل أن يكون العقد مكتوبا تحدد فيه نتيجة تفاوض وفهم متبادل ، كل العلاقات الإجرائية من تدعيم وعقاب ، الخ .. فمثلا فى برنامج للإقلال من التدخين أو من الوزن الزائد ، قد يطلب من كل عميل إيداع مبلغ من المال يسترد منه جزء عن كل جلسة يحضرها ، أو قد يودع العميل صورا عزيزة لديه يستردها إذا فقد مقادير محددة من وزنه . ومن مزايا التعاقد السلوكى أنه يشعر الطرفين بقدر من المساواة يزيد فى التزام كل منهما بالأداء المحدد فى العقد ويلاحظ أنه فى التعاقد يجمع غالبا بين إزالة الحساسية وبين الحساسية غير الظاهرة . فمثلا ، فى الإرشاد الزواجى قد يجمع العقد بين جوانب ومشكلات عديدة مثل المشكلات الجنسية ومشكلات الاتصال ومشكلات التصرفات المالية ، وقد يكون العقد فرديا أو جماعيا . ويتزايد استخدام التعاقد السلوكى اليوم فى المجالات التربوية . بل إنه طبق فى إدارة ما يسمى « المجتمعات التجريبية » والحكم الذاتى وفى السجون وفى مستشفيات الأمراض العقلية وفى منازل منتصف الطريق . وفى برامج الضبط الذاتى كأن يعد الفرد نفسه « إذا أُنجزت .. سوف أمنح نفسى .. »

نماذج للعلاج السلوكى :

نقدم فيما يلى حالتين قام بعلاجهما الدكتور مكرم سمعان وهو أخصائى نفسى معالج مصرى الأصل ويقوم فى كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية . وقد نشرت الدراسات فى مجلة « العلاج السلوكى والطب النفسى التجريبى » (١٦ ، ١٧) . وقد اخترنا هاتين الحالتين لأنهما تقدمان صورة حية للإجراءات العلاجية السلوكية وشرحا لفعاليتها .

الحالة الأولى : ضبط التبول اللاإرادي بواسطة الإشراف الإجرائي :

درج أصحاب مدارس التحليل النفسي على نسبة التبول اللاإرادي إلى صراعات انفعالية ، واعتبروه مظهرا لاستجابات لاشعورية سلبية - عدوانية نحو الوالدين ومخاوف خصاء المركب الأوديبي أو استجابة نكوصية لتهديد . ولكن مكرم سمعان يذكر أنه لم يعثر على تقرير واحد عن حالة واحدة من هذا النوع عولجت في الاطار التحليلي . وقد عالج ماورار وماورار الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي باستخدام جهاز « الوسادة والجرس » تطبيقا للإشراف الكلاسيكي وقررا نجاحه بنسبة ١٠٠٪ . ثم قام لوفيبوند بتعديل الجهاز ليضم جرسين ، ووجد أن العلاج كان ناجحا بنسبة ٤٥٪ من الحالات في متابعة استمرت عامين . ولكن تجارب أخرى كانت نتائجها متناقضة . والحالة موضوع الدراسة الحالية هي للطفلة ميرفا ، وكان عمرها حينئذ سبع سنوات ، ونسبة ذكائها ٩٥ على مقياس ستانفورد - بينيه ، وهي ابنة طالب أجنبي ، وتكبر شقيقها من الذكور ، وقد كانت دائما تتبول لإراديا ليلا وأحيانا بالنهار وبخاصة حين كانت تلعب مع زميلاتها . وكانت تتبول مرة أو اثنتين وأحيانا ثلاث مرات في الليلة الواحدة ، وهي كثيرة الشرب للماء . وقد تكررت الشكوى من نقص كفاءتها الاجتماعية في علاقاتها مع أقرانها ومع المدرسين والوالدين وهي تتأخر في الذهاب إلى المدرسة وضعيفة الانتباه وتسبب المشاكل في الفصل وخارجه في المدرسة ، ودائمة الشكوى من أقرانها . وقد استمرت لمدة عامين دون تحسن تحت العلاج التحليلي . وقد ركز المحلل النفسي على الوالدين وكان يجهنهما على منح الطفلة ما يزعم أنه ينقصها من حب ورعاية ، وكان ينصح بالحد من شرب السوائل بعد العشاء . وفي العام الثاني بدأ في إعطائها الديكسدرين لتمكين الطفلة من النوم الخفيف إلا أن ميرفا بدأت تظهر التأثيرات الجانبية للعقار دون تحسن في التحكم في التبول اللاإرادي . ومن ثم قرر الوالدان إنهاء العلاج التحليلي .

وفي بداية العلاج السلوكي ، استخدم أسلوب ماورار وماورار المعدل ، وطلب من الوالدين تقديم تقارير يومية عن النتائج . وقد كان النجاح متقطعا في الاسبوع الأول ، فكانت الطفلة تستيقظ بمساعدة من والديها وتذهب للحمام ، ولكنها كانت رغم ذلك تبلل فراشها وبالرغم من صوت الجرس . وفي الاسبوع

الثالث أعطيت وبالتعاون مع طبيب العائلة عقار الديقسدرين لتيسير استيقاظها . وبعد اسبوعين آخرين دون تحقق تقدم يذكر ، قرر المعالج تجربة الاشراف الاجرائي . وقد كانت الحلوى كما كان اللمس البدني من أكثر الأشياء المحببة إلى ميرفا . وشرح المعالج للوالدين مفهومى التدعيم والاشراط . وكان معلوما للمعالج أن ميرفا كانت تبلل فراشها عادة بعد ساعة أو ساعتين من ذهابها للفراش وأنها كانت تكرر ذلك مرتين أو ثلاث مرات كل ليلة خلال فترة تتراوح من ساعتين إلى ثلاث ساعات . وفى ضوء ذلك حدد المعالج استراتيجيته العلاجية من ثلاث خطوات هى : (١) أن يتأكد الوالدان من أن الطفلة تتبول فى الحمام كل ليلة قبل ذهابها للفراش مباشرة ؛ (٢) بعد ساعة على الأكثر يوقظ الوالدان الطفلة بلطف ويضمها أحد الوالدين بذراعيه ويحملها إلى الحمام حيث تشجع على الجلوس على مقعد المرحاض للتبول . وبمجرد أن تبدأ ذلك تعطى قطعة من الشوكولاته المحببة إليها ، (٣) تتكرر هذه العملية ثلاث مرات كل ليلة على فترات من ساعتين إلى ثلاث ساعات ، ويستحث التبول عن طريق إحداث صوت شبيه بصوت اندفاع البول أو فتح صنوبر المياه عند جلوس الطفلة على كرسي المرحاض ، وقد نبه على الوالدين بوضوح بضرورة أن تعطى قطعة « الشوكولاته » عند ظهور أول علامة على بدء التبول . وكان على الوالدين أن يحتضنا الطفلة بلطف عند إيقاظها على سبيل التدعيم الاجتماعى ولتيسير حدوث تسلسل سلوك التبول فى المكان المناسب . وتكرر التنبيه على الوالدين بضرورة الالتزام الكامل بهذا الاتفاق . وفى اليوم الرابع ، بدأ وضع قطعة « الشوكولاته » على مرأى من بصر الطفلة وتوجيهها إلى أخذها بنفسها ، وكان على الوالدين تقديم تقرير يومى بالتليفون للمعالج وبخاصة من ميرفا لتقديم التدعيم اللفظي . ثم وجه الوالدان إلى الإنقاص التدريجى من حث ميرفا وذلك على أساس الافتراض بأن الطفلة سوف تتعلم سلوك الاستيقاظ تلقائيا . وبعد عشرة أيام من التحكم الناجح فى التبول بدأت ميرفا تذهب للحمام للتبول تلقائيا قبل ذهابها للنوم . وبعد ساعة كان الوالدان ينتظران لرؤية ما إذا كانت سوف تستيقظ تلقائيا ، فإن لم تفعل كررا الأسلوب السابق وفى الاسبوع الثانى أيقظ الوالدان ميرفا ثلاث مرات فى نسق متقطع . وفى الاسبوع الرابع بدأت الطفلة تستيقظ تلقائيا لتذهب إلى الحمام ويثنى عليها الوالدان ، وقد كانا كل صباح يحتضنانها ويظهران سعادتهما وفخرهما بسلوكها . وفى الاسبوع الخامس وحتى السابع كان التدعيم يقدم بصورة متقطعة ،

وبمقتضى جدول معدل متغير . وفى الصباح بعد أول مرة طبق فيها هذا النسق ، علقت الطفلة على أنها لم تجد « الشوكولاته » فذكر الوالدان أنهما نسيا أو أنهما كانا قد ناما ، وأعطياها بعض الحلوى واحتضناها وعبرا عن فخرهما بسلوكها . وقد انقصت بالتدريج كمية الحلوى بالليل إلى أن ألغيت تماما فى الأسبوع الثامن ، وتشير تقارير الوالدين إلى أن التبول اللاإرادى حدث ثلاث مرات فى الأسابيع الثلاثة الأولى فى الظروف التى أهمل الوالدان فيها الاجراءات المتفق عليها . وفى متابعة استمرت لمدة عامين لم يحدث تبول لاإرادى إلا مرة واحدة اضطرب فيها نوم الطفلة نتيجة حفل صاحب بالمنزل وإفراط فى النوم . وقد نصح الوالدان بعدم تغيير الروتين العادى لمدة عام إلى أن تتمكن ميرفا من التحكم التام فى التبول . وكذلك تشير التقارير من الوالدين والمدرسة إلى تحسن كبير فى السلوك الاجتماعى والشخصى لميرفا فى الأداء المدرسى .

وينسب المعالج نجاح العلاج إلى وضوح الإجراءات والحث والتدعيم المتعدد (الأولى والاجتماعى) . وقد وجه الحث (الإيقاظ والتوجيه) الطفلة إلى الابتداء بالسلوك المرغوب الذى قدم له دعم فورى . وقد أمكن ربط الإيقاظ فى تسلسل ينتهى بالتبول فى الحمام . وقد كان التدعيم المقدم للطفلة كل صباح للسلوك الليلي يقصد به الربط بين الاستجابات فى كل متكامل ويلاحظ أن التدعيم كان يطبق بصورة ثابتة متسقة لكل استجابة فى تسلسل السلوك إلى المرحلة التى يستقر فيها السلوك الجديد . وبعد ذلك يقدم التدعيم بصورة متقطعة وطبقا لجدول متغير المعدل لتعظيم مقاومة انطفاء تعاقب سلوك التحكم فى التبول فى المكان المناسب . وبعد ذلك انقص تدريجيا معدل التدعيم إلى أن أسقط كلية بينما استمرت المدعمات اللفظية والاجتماعية لفترة ثم انهيت حين ثبت السلوك الجديد .

الحالة الثانية : وقف الأفكار والغمر فى حالة الهلاوس والوساوس والسلوك الانتحارى - الجنائى
تاريخ الحالة :

كانت مارسى فى الثانية والأربعين من عمرها حين أحيلت إلى العلاج من قبل مركز الوقاية من الانتحار فى كاليفورنيا . وكانت تقيم مع زوجها الثانى وخمسة أطفال . وقد شملت الشكاوى المقدمة :

(١) تكرر الهلاوس السمعية والبصرية في صورة أمها تهددها بحياة تعيسه . كلما ذهبت إلى الحمام رأت الماء يتغير في نزوله من « الدوش » إلى دم بينما ترقبها صورة الأم من باب الحمام وهي تصيح منذرة ومهددة وقد يستبد القلق بمارسي إلى الدرجة التي تهرب فيها من الحمام . وأخيراً تحولت الهلوسات من صورة الأم إلى صورة الابن المتوفى ، وقد فقدت مارسي قدرتها على التمييز بين الأخيلاء والواقع .

(٢) الأفكار الوسواسية المرتبطة بالآلات الحادة وقيادة السيارة : كانت مارسي في كل مرة ترى أو تلمس فيها أداة حادة مثل سكين مطبخ أو مشرط مما يستخدم لفتح المظاريف ، تخبر أفكارا انتحارية - جنائية تسيطر عليها بقتل أحد أطفالها وذبح زوجها أو قتل نفسها . وقد ساورتها فكرة تلوث يديها وصدرها بالدم ، كما ساورتها أفكار قيادة السيارة إلى هاوية أو فوق حافة كوبرى . وكثيرا ما تجنبت قيادة السيارة وألقت بسكاكين المطبخ في القمامة لتجنب هذه الوسواس المنفرة .

(٣) السلوك الاكتئابي نتيجة لكل ما سبق كانت مارسي تعاني من اكتئاب مستمر وتقلص نشاطها إلى حد كبير وكذلك علاقاتها الاجتماعية . وقد توترت علاقاتها العائلية وساءت إدارتها للمنزل وأصبح النشاط الجنسي أمرا كريها لا تسعى إليه وأخيرا تجنبت زوجها الحضور للمنزل .

عاشت مارسي حياة عائلية قاسية منذ مولدها وقد حاولت الانتحار وهي في سن الثالثة عشرة عن طريق القفز من سقف المنزل . وكثيرا ما هددتها وعاقبها الوالدان وتمنيا لو أنها تركت المنزل . وقد تزوجت مارسي قبل أن تبلغ السادسة عشرة من شاب في الثامنة عشرة من عمره واستمر الزواج لمدة عامين وكان زواجا مضطربا انتهى بعد وفاة الأم مباشرة . وخلال السنين الست السابقة عاشت مارسي مع زوجها الثاني (وكان يعمل ميكانيكيا) والأطفال ولكن تدهور هذا الزواج بعد عامين وهربت ابنتها المراهقة (من الزوج الأول) من المنزل . وبدأ زوجها الحال في إهمالها هي والأطفال وكان يقضي معظم وقته في مشاهدة التلفزيون وفي أنشطة اجتماعية خارج المنزل . وقد بدأت مارسي تتعاطى الكحوليات وتعاني من الهلوسات السمعية والبصرية وأفكار الانتحار أو القتل ومشاعر الاكتئاب كما حاولت الانتحار

العلاج :

اشتمل العلاج على أساليب « وقف الأفكار » للهلوسات و « الغمر » لوساوس الخوف من السكاكين . وقد استمر العلاج بمعدل جلسة كل أسبوع ولمدة ستة أسابيع تلتها جلسة عائلية للتدريب على التدعيم التبادلي . وخلال فترة المتابعة ، عقدت ثلاث جلسات إضافية للتثبيت ولدعم النتائج ولتدريب المريضة على الاسترخاء العضلي العميق لتمكينها من التحكم في القلق . وقد نتج تحسن علاجي في الأسبوعين الأولين من العلاج . إلا أن ماري انقطعت عن العلاج لمدة ثلاثة أسابيع لرعاية بعض شئون عائلية . ولما عاودتها الهلاوس والوساوس ومحاولات الانتحار - القتل عادت إلى العلاج .

(١) **وقف الأفكار** : تجلس ماري على كرسي مريح ويطلب منها رفع أصبع يدها اليمنى في كل مرة تراودها الهلاوس والوساوس المخيفة خلال المحادثة وأن تخفض إصبعها حين تختفي هذه الوساوس والهلاوس وكلما رفعت أصبعها كانت تظهر علامات أخرى على الخوف مثل اتساع حدقة العينين وإحمرار الوجه وزيادة معدل النبض والتوتر العضلي وأحيانا الصراخ . وحينئذ يدللك المعالج يدها وذراعها الأمامي ويصرخ بصوت عالٍ يتزايد علواً : «stop, stop it» (أى كفى هذه الهلاوس والوساوس) وذلك إلى أن تخفض أصبعها . وأخيراً رجعت ماري إلى هدوئها وابتسمت علامة على اختفاء الأفكار والصور المخيفة . وقد دعم هذا الكسب فوراً بصور لفظية وغير لفظية .

وفي البداية كانت ماري ترى صورة الأم قريباً منها ، ولكن بعد مرات قليلة في المقابلة الأولى بدأت الصورة في التحرك بعيداً كما بدأت التهديدات تتناقص في تواترها وشدتها إلى أن اختفت كلية تقريباً . وقد شجعت ماري على استخدام هذا الأسلوب في وقف الأفكار في المنزل كلما عاودتها هذه الصور والأفكار وقد حملت معها إلى المنزل تسجيلاً صوتياً للرسائل «stop it, go away» مع فترات صمت متغيرة تراوحت من ثانيتين إلى عشر ثوان . وكانت تستخدم في البداية الرسائل المسجلة صوتياً لتشكيل وتقوية وقف الأفكار ، ولكنها بدأت تكرر بنفسها هذه الرسائل إما بصوت عالٍ أو بصورة غير لفظية دون الاستعانة

بالتسجيل الصوتي وكان المعالج حريصا على تدعيم المكسب العلاجي تليفونيا إلى أن انطفأت تماما هذه الأفكار والصور .

(٢) الغمر أو الإغراق : عرض على مارسي مشروط صغير لفتح المظاريف وطلب منها محاولة الإمساك به وتقليبه بين يديها . وقد استجابت لهذا الطلب بصراخ مرتفع حاد وعلامات فسيولوجية على القلق ورفض الطلب . وحينئذ أمسك المعالج بيدها بينما كان يحرك المشروط تدريجيا نحوها ، إلى أن وضعه أخيرا في يدها . وقد طلب منها أن تقبض عليه إلى أن يخفت قلقها . وبعد تردد وبيد ترتعش خوفا لمست المشروط ثم أخيرا أمسكت به . وفي كل مرة تظهر فيها الخوف كان المعالج يلمس يدها بصبر ويتحدث إليها مطمئنا لها إلى أن ينقطع الصراخ والارتعاش . وقد نوقش معها موضوع الاستخدام المناسب للمشروط في فتح المظاريف ، ثم أغلق مظروف وشجعت على فتحه باستخدام المشروط في خطوات متدرجة ومتعاقبة مع التدعيم عن طريق الثناء واللمس والتدليك الرقيق للكفين والذراعين ، ثم طلب منها فتح الجوانب الثلاثة الأخرى للمظروف . وفي كل مرة كان المعالج يدعم هذا السلوك إما بصورة لفظية أو غير لفظية - وقد تناقصت الدموع كما قل الارتعاش - وزاد الهدوء تدريجيا وهي تفتح ١٥ مظروفا من جوانبها الأربعة ، وأخيرا بدت ابتسامة على وجهها ونظرت إلى المشروط وقلبت في يديها وفي صوت واثق قالت : « إنه لم يعد خطرا » . وبعد ذلك نوقش معها استخدام سكاكين المطبخ إلى أن استطاعت التعبير اللفظي عن هذا الاستخدام « السكاكين تستخدم في المطبخ لتقشير الخضروات ولقطع اللحوم والفواكه والبصل ولفتح المظاريف » ، وقد طلب منها كتابة هذه الوظائف وأن تقرأ ما تكتبه بصوت عال أثناء الكتابة ، كما طلب منها أن تعلق لوحة مكتوب بها هذه الوظائف في مطبخها ، وأن تقرأ ببطء هذه اللوحة كلما أرادت استخدام سكين في المطبخ وقبل الاستخدام . وفي المقابلة الرابعة قررت مارسي أنها لم تعد تعاني من الأفكار الخلطية أو الهلاوس بصورة الأم أو الماء الدموي ، ولم تعد تخاف من السكاكين أو الآلات الحادة كما أنه لم تعد تضايقها أفكار الانتحار أو القتل وهي تقود السيارة . وقد طلب منها أن تحدث المعالج بالتليفون لمدة من ٣ إلى ٥ دقائق كلما عاودها هذا السلوك غير المرغوب ، وقد تناقص عدد هذه المكالمات تدريجيا كما طالت الفترات بينها .

(١) التدعيم التبادلي : ويشتمل على تدريب افراد العائلة على تبادل التدعيم لتشجيع مهارات الاتصال بينشخصية وتحسينها ولتدريب المريض على الاسترخاء العضلي العميق .

وقد أجريت متابعة لمدة عشرين شهرا عن طريق التليفون أساسا . وقد طلبت مارسي إجراء مقابلات عاجلة مع المعالج خمس مرات ولكن لم يكن يسمح أبدا بالمقابلة في نفس اليوم ، وبعد محادثة تليفونية تستمر عادة من ٣ إلى ٥ دقائق يثنى فيها المعالج على سلوكها كانت تعطى موعدا للمقابلة في اليوم التالي . وكان الهدف من مثل هذه الإجراءات هو الاقلال من الاعتمادية على المعالج . وعادة كانت تلغى المكالمات تليفونيا ، وهو سلوك كان يدعم من قبل المعالج . وفي الشهرين الأولين أجريت ثلاث مقابلات ، أعطيت في المقابلة الأولى تمرينات في الاسترخاء العضلي العميق وأخذت معها إلى المنزل تسجيلا صوتيا لهذا الغرض لاستخدامه كلما شعرت بالحاجة إلى مواجهة مخاوف أو هلاوس أو أرق . ولم تطلب مارسي أى مقابلات عاجلة في الشهور الستة الأخيرة من فترة المتابعة التي امتدت لعشرين شهرا . وخلال هذه الفترة كان المعالج يحدثها بالتليفون مرة كل أسبوع ثم مرة كل أسبوعين ثم مرات متفاوتة لا تقل عن مرة في الشهر . وقد أصبحت مارسي قادرة في نهاية العلاج على الحياة بصورة فعالة خالية من الوسوس أو الهلاوس أو محاولات الانتحار أو القتل .

ويعلق مكرم سمعان بأن عشرة سنين من العلاج النفسي التقليدي والعلاج عن طريق العقاقير شهدت زيادة في الوسوس والهلاوس ومحاولات الانتحار - القتل والخاوف ، بينما أمكن في عشر جلسات من العلاج السلوكي ومكالمات تليفونية تالية إنقاص السلوك المضطرب من معدل أسبوع بلغ ٢٢ مرة عانت فيها المريضة من الهلاوس ، ١٤ مرة من الوسوس ، ٨ مرات من نوبات الاكتئاب إلى معدل مرة أو مرتين اسبوعيا في المرحلة الأولى من العلاج ، إلى أن تحررت كلية من السلوك الخلطى .

الفصل السابع

العلاج السلوكي الجماعي

تعريف :

يعرف هولاندر وكازاوكا (في ٨ ، ص ٢٦٠) العلاج السلوكي الجماعي على النحو التالي : « أى محاولة من قبل شخص أو أشخاص لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة ومن خلال الاستخدام المنظم لإجراءات ثبت صدقها امبيريقيا وفي إطار يسمح بجمع بيانات ملائمة لتقدير تأثير هذه الإجراءات على أعضاء الجماعة بوصفهم أفرادا وعلى الجماعة ككل » . ومن المحاولات الأولى في تاريخ العلاج السلوكي الجماعي ما قام به لازاروس من تطبيق « التخلص التدريجي من الحساسية » على جماعة من مرضى المخاوف . وتمثل هذه المحاولة بداية تدخلات مثل التدريب على تأكيد الذات ، وعلى التحكم في الضغوط ، والتدريب على المهارات الخ . ويتمثل التوجه الثاني في محاولات باترسون وزملائه تدريب الآباء على مهارات الوالدية في سياق اجتماعي . وأخيرا يتمثل التوجه الثالث في محاولة ليرمان تعديل ديناميات جماعة باستخدام تدخلات سلوكية .

النظرية : يقرر هولاندر وكازاوكا أن المفاهيم الأساسية في العلاج السلوكي بعامة وهى المفاهيم التى ناقشناها سابقا ، تنطبق هى نفسها على العلاج السلوكي الجماعي ، حيث أنه لم تستنبط حتى الآن مفاهيم خاصة وفريدة بالجماعة العلاجية السلوكية - ولكن الموضوعات التالية في « ديناميات الجماعة »^(٥) لها في تقدير هولاندر وكازاوكا (٨ ، ص ٢٨٠) دلالاتها في العلاج الجماعي السلوكي بخاضة :
(١) العوامل الاجتماعية المرتبطة بالإدراك والذاكرة والدافعية ؛ (٢) إدراك الشخص ؛
(٣) نظرية التنسيب ؛ (٤) الاتصال وتغيير الرأى ؛ (٥) التأثير البيئشخصى ؛
(٦) الصراع وصراع الدور ؛ (٧) تكوين الاتجاهات وتغييرها ؛ (٨) القيادة وبناء الجماعة والعملية الجماعية ؛ (٩) الجاذبية .

وقد أفاد باترسون وريد من بحوث ثيووكيللى فى تطبيق نظرية « عدالة التوزيع » equity فى الجماعة المكونة من فردين وثلاثة أفراد على العائلة وعلى

• يجد التازى مناقشات مفصلة لهذه الموضوعات فى المرجع التالى :
لويس كامل مليكه ، سيكولوجية الجماعات والقيادة ، الطبعة الرابعة : القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ،
١٩٨٩ .

الزوجين ، وافترضهما أن قابلية نظام اجتماعي للحياة وبخاصة الجماعة الصغيرة من فردين تكمن في توزيع التدعيمات والعقوبات داخل النظام . أما « تحليل النظم الاجتماعية » فهو يفترض أن السلوك هو وظيفة للنظم التي تتكون بدورها من نظم فرعية ويتعين فهم كل منها بوصفه كلا . وهناك مستويات عديدة للتحليل تشمل : (١) نظم السلوك داخل الفرد ؛ (٢) النظم المرتبطة بالجماعة الأولية للفرد ؛ (٣) وظائف الجماعة الأولية بوصفها نظاما فرعيا لنظام أكبر مثل المجتمع . ويتعين أن يعنى المعالج السلوكى الجماعى التفاعلات داخل كل هذه المستويات وبينها . أما باندورا فقد أوضحت بحوثه أن قدرا كبيرا من التعليم يحدث عن طريق الملاحظة في الجماعة . وقد قدم باندورا نظرة إلى الإنسان بوصفه كائنا نشطا في بناء الواقع من خلال التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئة . ولذلك فإن أقوى طريق للتغيير هو البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الفرد بما في ذلك الجماعة .

ولا يوافق هولاندر وكازاوكا على الرأى القائل بأن العلاج السلوكى الجماعى هو استخدام الجماعة بوصفها مجرد سياق لتطبيق الأساليب الفردية أكثر من أن يكون وسيلة في حد ذاتها لإحداث تغيير جماعى . وفي تقديرهما أن الجماعة في حد ذاتها هامة لإحداث التغيير وأن العلاج الجماعى السلوكى يستعين بأساليب عديدة لتوجيه التفاعلات بين فردين والمعايير المتضمنة والتماسك وعمليات إرجاع الأثر والتدعيم والمراحل الارتقائية ، الخ . وهما يريان أن ظواهر العملية الجماعية هى مؤثرات يعمية على السلوك الفردى وأنها يمكن أن تحدث تغييرا علاجيا في الأفراد ، وأن العلاج الجماعى السلوكى هو منهج عبر - تفاعلى Transactional أكثر من أن يكون عبر-شخصى Interpersonalistic . ومن المحقق أن هناك جماعات علاج سلوكية تنظم اليوم دون أن تأخذ بالاعتبار العملية الجماعية والتفاعلات بين الأفراد ، وهذه يغلب أن تكون جماعات تعليمية محددة البنيان مسبقا ، كما يغلب التجانس بين أفرادها في مشكلاتهم وفي أهدافهم العلاجية ، وهى أهداف محددة ونوعية ومنها التدريب على المهارات وعلى الضبط الذاتى . ومن أمثلتها جماعات التخفف من الوزن الزائد ، التدريب على الوالدية ، مهارات الحياة اليومية . إلا أنه من المحقق أيضا أن ديناميات الجماعة تلعب دورا هاما فيها . وعلى العكس منها جماعات العلاج السلوكى التى تؤكد على خصائص وعمليات الجماعة . وقد يكون أفرادها غير متجانسين وأهدافها عامة ولكن محددة ومن النوع التفاعلى . ويحتفظ المعالج بقدر

مناسب من المرونة في تنوع أدوار القيادة واستشارة الأعضاء لتدعيم تأثير الجماعة ولتيسير الاستغناء في النهاية عنها ، وتتعامل الجماعة العلاجية مع مشكلات متنوعة من الفشل في التفاعلات مع الآخرين : في الصداقة والحب وتأکید الذات ، الخ . وفي المخاوف المرضية والعادات الضارة مثل التدخين وكلها تتأثر بالتفاعلات الاجتماعية ، وتمتد الجماعة العلاجية السلوكية الفرد بالتدعيم من الأعضاء وبالمناخ الآمن الذي يسمح بتجريب المهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة فضلا عن أنها تقدم نماذج عديدة ناجحة في تعديل مشكلة مشتركة وفرصة لمراقبة محاولات التغيير داخل وخارج الجماعة ، وبالطبع تشترك الجماعة العلاجية السلوكية مع غيرها من الجماعات العلاجية غير السلوكية في تقديم مزايا منها : تعلم الفرد أنه ليس وحيدا في معاناته من مشكلاته الشخصية واكتشاف الطرق المميزة للارتباط بالآخرين من حيث مزاياها وعيوبها وارتفاع تقدير الذات من خلال مساعدة الآخرين وتحدي تحريفات وانحرافات العضو من قبل أعضاء الجماعة ومن خلال ضغوطهم .

وفي العلاج الجماعي السلوكي تلتقى ثلاثة أطر نظرية هي :

(١) نظرية التبادل الاجتماعي (ثيبو وكيلى) وتفترض أنه حينما يتفاعل الناس فإنهم يحاولون تعظيم الثواب الناتج عن التفاعل وفي نفس الوقت تجنب التكلفة أو العقوبات الشخصية الناتجة . وكل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة للآخرين . وفي العلاقات السيكولوجية الناجحة ، تكون التكلفة من القلة بحيث يمكن أن تركز التأثيرات الشخصية على المحافظة على الثواب الناتج عن العلاقة . وفي العلاقات غير الناجحة ، يتخلى الأفراد عن محاولة إقامة علاقات مثبته ذات معنى ، بل على العكس يركز الناس في تردد على إبقاء الجوانب المنفرة (التكلفة) بعيدا أو تجميدها . وتشتمل استجابات الإقلال من التكلفة على : الانسحاب الانفعالي ، الانصياع لمطالب الآخرين بتدمير ، السعى إلى علاقات بديلة والقهر . وفي نمط القهر يدرّب الناس بعضهم البعض الآخر على أن يكونوا هدامين ، فيطلب طرف من طرف آخر التغيير ، فإذا رفض بدأ يضايقه أو يهدده إلى أن ينصاع ، وبذلك يتنفس الناس الصعداء . وهكذا يعمل القهر دوره . ويمكن الحد من القهر من خلال ضغوط الأعضاء ومساعدة العضو الذي يميل إلى الاستعانة بالقهر على تجنب السلوك المؤذى للذات عن طريق تعلم

تحقيق نفس النتائج من خلال تأكيد الذات والتدريب على الاتصال ومهارات التدعيم الاجتماعي مما ينتج عنه المسيرة والتقدير والتقبل من الجماعة .

(٢) نظرية التعلم الاجتماعي : وهي مزيج من الاشراف الاجرائي والاشراط الكلاسيكي ونظريات النمذجة مطبقة لفهم السلوك البينشخصي ، ويستعين قائد الجماعة بالتدعيم الاجتماعي لدعم التماسك الجماعي والتكامل الجماعي . وفي المستشفى مثلا يتحقق ذلك عن طريق الوسائل الترفيهية والطعام ونظام « الماركات » الرمزية الخ .. وفي جماعات العلاج يتحقق التدعيم من خلال الثناء الاجتماعي من القائد والآخرين ومن خلال الأنشطة الاجتماعية المخططة خارج الجماعة والتدعيم الداخلي الناتج عن الشعور بالانتماء لجماعة متماسكة .

(٣) نظرية الدور الاجتماعي : وهي تعتمد على دراسة المتغيرات القابلة للملاحظة والظواهر القابلة للقياس وتطبق في عملية التقدير في الجماعات السلوكية . وفي أي جماعة يتوقع أن يظهر الناس السلوك الذي يتفق مع مواقعهم الاجتماعية ، ومن ذلك أدوار : القائد ، العميل ، النموذج ، الرفيق ، كبش الفداء ، الطفل المدلل ، الخ .. وينتج الصراع الاجتماعي حين يحاول أعضاء الجماعة نبذ الأدوار المنسوبة إليهم من قبل الآخرين أو من خلال إدراكهم الذاتية . كما ينشأ الصراع حين يبالي عضو في سلوك الدور كأن يسيطر القائد على مناقشات الجماعة أو يعوق تفاعل الأعضاء أو يتدخل فيما لم يتم التعاقد عليه . ومن واجبات المعالج أن يحول دول قيام أدوار اجتماعية لا وظيفية معوقة وأن يسمح بأكبر قدر من المرونة في الأدوار وأن يشجع النماذج الإيجابية وأن يحول دون قيام أدوار مثل كبش الفداء أو الطفل المدلل .

العملية :

يحدد هولاندر وكازاوكا عملية العلاج السلوكي الجماعي في الخطوات

التالية :

(١) تكوين الجماعة - تختلف درجة تجانس الجماعة حسب طبيعة المشكلة . فمثلا في علاج العجز الجنسي يتعين تحقيق التجانس التام لأن اختلاف المشكلة يتطلب مناهج مختلفة تماما . وفي علاج مشكلات التدخين من الواضح أن أعضاء الجماعة يتعين أن يكونوا ممن يعانون من هذه المشكلة . أما في تشكيل

الجماعة العلاجية الشاملة . فإنه تتبع عادة محكات مرنة مثل التقارب المعقور في الأعمار والتشابه في الخلفيات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والجنس .

الخ

- (٢) تكوين جاذبية وهوية للجماعة المبدئية
- (٣) تكوين معايير للانفتاح والمشاركة في الانفعالات والخبرات . ومن الواضح أن هناك علاقة وثيقة بين الخطوتين الثانية والثالثة . ويمكن تحديد تعريف إجرائي تماسك الجماعة من خلال مؤشرات مثل : زيادة نسبة الاتصال بالعين مع المتكلم ؛ زيادة نسبة التفاعلات بين الأعضاء ؛ تناقص عدد الأعضاء الذين توجه إليهم أو تصدر عنهم رسائل سلبية ؛ تزايد نسبة الكشف عن الذات ؛ التعبير عن الرضا عن الجلسات ؛ تزايد علامات تبادل الثقة بين الأعضاء
- (٤) إقامة إطار سلوكي لكل المشاركين ، أى أن يقبل كل الأعضاء النظرة السلوكية وهي أن السلوك يرتبط وظيفيا بالأحداث السابقة والعواقب اللاحقة ، لأن هذا النموذج المقدمات - الاستجابات - العواقب يقدم الأساس ليس فقط لتحليل الأحداث السلوكية ولكن لتخطيط التدخلات المؤدية إلى التغيير السلوكي
- (٥) إقامة توقع إيجابي لدى كل المشاركين ، وذلك من خلال تقديم معلومات عن التدخلات التي سوف تحدث والسلوك المتوقع نتيجة تقدم الجماعة في عملها وتحليل منطقي لها .
- (٦) إقامة وتنفيذ نموذج للتغيير وذلك من خلال الخطوات التالية : (أ) تحديد وتعريف السلوك المستهدف تغييره ؛ (ب) تحديد خط أساس للسلوك المستهدف وتسجيله ، (ج) تنفيذ برنامج ملائم للتغيير يقوم على أساس المعلومات المستمدة من الخطوتين الأولى والثانية ، (د) التقويم من خلال نظام لجمع البيانات اللازمة .
- (٧) إقامة وتنفيذ ميكانيزم للتعميم ولانتقال أثر العلاج إلى البيئة الطبيعية .
- (٨) إقامة وتنفيذ ميكانيزم للمحافظة على التغيير السلوكي بعد انتهاء عمل الجماعة . ويسهم في تحقيق الخطوتين السابعة والثامنة إجراءات مثل تدريب النماذج ذات الدلالة في البيئة والتأكيد على أساليب الضبط الذاتي والتيسير الذاتي لشعور حياة الفرد

الميكانيزمات

وهي عديدة ومتنوعة ومن أهمها ما يلي :

- (١) التحكم في التوقعات مثلا من خلال عرض ومناقشة نجاحات سابقة للإجراءات العلاجية المتخذة .
- (٢) الاقتناع والالتزام العام وذلك من خلال طرق عديدة معروفة في ديناميات الجماعة بدأت بأعمال آش .
- (٣) المعايير الجماعية وذلك من خلال التدعيم الفارق للمعيار الملائم المرتبط بالسلوك
- (٤) التعاقد ، وهو يكون عادة شبه رسمى فى صورة وثيقة مكتوبة تحدد السلوك المستهدف تغييره وعواقبه .
- (٥) المتربات الفردية /الجماعية وذلك من خلال نموذج الاستجابة - التوقع للحصول على التغيير السلوكى المنشود من جانب ما يتوقف على سلوك معين للفرد المعين أو سلوك معين تظهره الجماعة . ويتوقف اختيار السلوك الفردى أو الجماعى على التقدير الدقيق للسلوك موضع الاعتبار .
- (٦) النمذجة : تتوفر للقائد فرص عديدة لنمذجة السلوك المناسب ، كما تتوفر فرص لأعضاء الجماعة لكى يكونوا نماذج لغيرهم من الأعضاء .
- (٧) لعب الأدوار و « بروفات » السلوك . لا يكفى أن يلاحظ الأعضاء السلوك المناسب بل يتعين أيضا أن تعطى لهم الفرصة لممارسة هذا السلوك ممارسة دقيقة .
- (٨) التمارين المحددة البنيان وهى تهدف إلى ممارسة السلوك المستهدف بواسطة الأعضاء إما من خلال مباراة أو من خلال محاكاة لمواقف واقعية وبصورة دقيقة قدر الإمكان .
- (٩) الجماعات الثنائية ، وهى جماعات يتكون كل منها من فردين بهدف تبادل المساندة والتشجيع .
- (١٠) التدعيم من قبل الرفاق .

الممارسات :

يصنف هولاندو وكازاوكا جماعات العلاج السلوكى إلى أنواع ثلاثة هي :
(١) جماعة التدريب على المهارات : وهدفها الرئيسى هو تعديل سلوك معين يقلل من الصعوبات ويعظم من التيسرات للأفراد فى تفاوضهم مع بيئاتهم الفيزيقية والاجتماعية - ومن أمثلتها :

(أ) التدريب على مهارات العلاقات البينشخصية : ومن أمثلته البرنامج الذى أعده جولدستين وزملاؤه والمسمى « العلاج التعلّمى المحدد البناء » **Structured Learning Therapy** للمرضى الذين أنهموا علاجهم بالمستشفى تمهيدا لتيسر عودتهم إلى البيئة الطبيعية ، وتستخدم فيه مقاييس قبلية وبعديّة لتقييم مدى المهارات المتوفرة فى بدء العلاج ومدى التقدم فى اكتسابها فى نهاية العلاج . كما تستخدم فيه تقارير عن واجبات منزلية ، وهى تقارير ذاتية توضح مدى التقدم العلاجى بين الجلسات . وتقسم كل جلسة تدريبية إلى أربع مراحل محددة لتعليم السلوك خلال الملاحظة والممارسة والتدعيم وانتقال أثر التدريب . وفى المرحلة الأولى تقدم المهارة للجماعة إما من خلال أشرطة صوتية أو من خلال نماذج حية . وفى المرحلة الثانية تعطى الفرصة لكل عضو لممارسة المهارة . وفى المرحلة الثالثة يتلقى كل عضو إرجاع أثر تصحيحى لتحسين أدائه ولتلقى التدعيم للسلوك المناسب . وفى المرحلة الرابعة يناقش كل شخص نتائج الواجب المنزلى الذى أكمله بين الجلسات وتتخذ الإجراءات لتيسر انتقال أثر التدريب .

وتقدم أشرطة التمدجة الصوتية على نحو ثابت يشتمل على : (١) تقديم المتحدث لنفسه (اسمه ولقبه) ؛ مكانته العالية (مدير المستشفى مثلا) ؛ تقديم المهارة (اسمها ، وصفها العام ، التعريف بتعلمها سلوكيا) ؛ الحافز (كيف ولماذا تكون المهارة ذات فائدة ؟) ؛ أمثلة لعدم توفر المهارة وكيف ولماذا يكون ذلك ضارا ؟ إعادة نقاط تعلم المهارة ورجاء التنبه إلى ما يلى من تقديم ؛ (٢) التمدجة : عشر نقاط مختصرة لتعلم المهارات السلوكية تقدمها نماذج مختلفة وباستخدام مواقف مختلفة (داخل المستشفى وفى المجتمع) . وتشابه خصائص

النموذج (الجنس والسن والمستوى الاقتصادي - الاجتماعي الظاهر) مع خصائص المدربين ويقدم سلوك النموذج بالإضافة إلى الفكر والتعلم الذاتي ويقدم التدعيم الاجتماعي للنماذج لأداء المهارة ؛ (٣) ملخص : يعيد المقدم نقاط التعلم ويصف الكسب الناتج لكل من النماذج والمدربين ثم حث المدربين على ممارسة نقاط التعلم في الجلسة وخارجها . وبالطبع يختار الأعضاء الذين تنقصهم المهارة المعينة ويتراوح حجم الجماعة من ٦ إلى ١٢ بالإضافة إلى اثنين من المدربين وتستغرق الجلسة ساعتين ويتراوح عدد الجلسات من ٣ إلى ١٥ .

(ب) التدريب على تأكيد الذات : انتشرت هذه البرامج انتشارا كبيرا في السنين الأخيرة وتنوعت فئات المشاركين فيها فشمات نزلاء المستشفيات وطلبة الجامعات . ويحدد لانج وجاكوبوفسكى (في ٨ ، ص ٢٩٤) هذا التدريب على أنه يتكون من أربعة إجراءات رئيسية هي : (١) تعليم الناس الفروق بين تأكيد الذات والعدوان وبين عدم التأكيد والتأدب ؛ (٢) مساعدة الناس على التعرف على حقوقهم الشخصية وحقوق الآخرين وتتبعها ؛ (٣) إنقاص العوائق المعرفية والوجدانية القائمة التي تحول دون الفعل التأكيدي مثل التفكير اللاعقلاني والقلق الزائد والشعور بالذنب والغضب ، (٤) تنمية مهارات تأكيد الذات من خلال الممارسة النشطة . وقد أعد لانج وجاكوبوفسكى عددا من الاختبارات تستخدم في مراحل مختلفة من عملية التدريب منها اختبار التمييز بين السلوك التأكيدي والعدواني وغير التأكيدي . كما تستخدم أحيانا اختبارات الشخصية الشاملة . ويمكن بقصد التقويم استخدام المقابلات والمحاكاة وتقارير الواجبات المنزلية قبل وخلال وبعد التدريب . وفيما يلي مثال يقدمه هولاندر وكازاوكا (٨ ، ص ٢٩٤) لما يدور في الجلسة الأولى من برنامج للنمو الشخصي أكثر من أن يكون برنامجا للعلاج ، ويستمر تسعة أسابيع :

تبدأ الجلسة بمحاضرة يقدم فيها عرض سريع لما سوف يحدث في الجلسات التسع مع التركيز على التمارين والطبيعة العامة لإعادة البناء المعرفي والممارسة السلوكية . ثم يقدم تعريف واضح لمعنى السلوك التأكيدي مقابل السلوك غير التأكيدي والعدواني ، وتقدم بعض

تعميمات عن التوقعات المعقولة نتيجة البرنامج . ويستغرق ذلك حوالى عشر دقائق ثم ينخرط المشاركون فى تمارين تشمل : (١) تقديم كل شخص لنفسه ؛ (٢) يتحدث كل شخص لمدة دقيقة ونصف عن موضوع سخيف أو تافه ؛ (٣) تمرين ثنائيات : نعم - لا . يطلب من كل فرد فى الثنائى أن يقول نعم ولا للفرد الآخر بحيث يتساوى فى ارتفاع الصوت مع زميله ويغير هذا الارتفاع من موقف لآخر ؛ (٤) تقديم وتلقى التحية - يقدم كل شخص تحية صادقة لشخص آخر فى الجماعة ويعبر عن الطريقة التى وجد بها استجابة الشخص الآخر لتحيته سارة ؛ (٥) المحادثات الاجتماعية . يطلب من المجموعات الثنائية أن تنخرط فى محادثات اجتماعية تركز على ثلاثة مكونات : توجيه أسئلة مفتوحة النهاية ، الاستجابة لمعلومات تقدم تلقائيا ، وإعادة الصياغة . (٦) يعبر كل شخص عن شىء يطلبه من الجماعة وتستجيب الجماعة لطلبه دون مناقشة (تمرين السياط) . ثم تنتهى الجلسة بإعطاء واجبات منزلية عن كل تمرين من التمارين السابقة ، فيطلب مثلا من كل فرد أن يقدم نفسه ثلاث مرات خلال الاسبوع ، وأن يعبر عما أعجبه فى ذلك دون أن يقيم ما حدث نتيجة له ، فذلك سوف يأتى دوره لاحقا ؛ ملاحظة كيف يقدم الآخرون أنفسهم للأغراب ؛ تقديم طلب من شخص آخر بأن يعيد ذكر اسمه بعد تقديمه وتقييم درجة التأكيدية فى ذلك ، وهل كان عصبيا ، ولماذا ؟ وتقدم هذه التمارين فى ضور مكتوبة محددة .

ويستمر تطبيق تمارين أخرى محددة البنية فى الجلسات الثانية حتى الخامسة لتعليم مهارات التأكيد ، ثم يبدأ الأعضاء فى الجلسة الخامسة تحديد تمارين تستجيب لحاجاتهم الفريدة وتطبق فى الجلسات حتى الجلسة التاسعة والأخيرة . وتستمر كل جلسة ساعتين ، وتعقد مرة فى الاسبوع ، والأفضل أن تتكون من أفراد من نفس الجنس ومن أعمار متقاربة ومستويات متقاربة فى التأكيد على الذات وفى الطابع العام للتأكيد . إلا أنه يمكن تكوين جماعات مختلطة من الجنسين بأعداد متساوية . ويتعين الحذر فى تكوين الجماعات من أفراد يختارون على

أساس المواقف التأكيدية ومعوقاتهما والدافع إلى التغيير والإلتزام والاستعداد للكشف عن الذات والقدرة على الكلام في جماعة ، وواقعية التوقعات والتحرر من تحقير الذات ومن الخبرات الأليمة السابقة في جماعة ، الخ . ويقرر هولاندر وكازاوكا أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن برامج التأكيد على الذات بعامة فعالة ، إلا أنه يتعين تحديد مستوى فعالية البرامج المتنوعة العديدة بصورة فارقة (٨ ، ص ٢٩٦) .

(ب) التدريب على المهارات السلوكية لفئات خاصة : مثل الآباء والمعلمين والمرضات وذلك بقصد تدريبهم على طرق تغيير سلوك من يتعاملون معهم مثل الطلبة والمرضى ، الخ . ومن أبرز الأمثلة على ذلك برنامج باترسون وزملائه لتدريب آباء الأطفال العدوانيين ، وبرنامج كوزلوف لتدريب آباء الأطفال المعوقين ، وبرنامج ميلر للأطفال الأقل عجزاً . (٨) .

(ج) جماعات التدريب على الاتصال وجماعات التدريب على مهارات الحياة اليومية : ومن هذه البرامج ما ينطبق على تدريب العائلة على الاتصال ، ومنها ما ينطبق على زوجين . وتهدف هذه البرامج إلى تعليم الاطار النظرى والمفاهيم وطرق التقويم وتمارين على الاتصال . أما برامج التدريب على مهارات الحياة اليومية فمن أهمها البرنامج الذى أعده بيكر وزملاؤه فى هارفارد للأشخاص المعوقين إرتقائياً .

(د) جماعات التدريب الشامل على المهارات : وهى برامج موجهة إلى المرضى السيكياتريين من المزمنين غالباً ، ومن أمثلتها برنامج مركز تدريب المجتمع فى مستشفى باللوآلتو السيكياترى (فى كاليفورنيا) ويقدم برنامجاً تربوياً سلوكياً اجتماعياً لإعادة تأهيل المرضى السيكياتريين للحياة فى المجتمع . وهو يقوم على أساس نموذج تربوى من فصول تعلم فيها مختلف المهارات الضرورية للتعامل الناجح فى المجتمع ومنها : المهارات المعرفية والبيشخصية (الاتصال الاجتماعى ، التفكير ، حل المشكلات) ؛ مهارات الحياة فى المجتمع (التفاعل فى المجتمع ، إدارة الأموال ، قيادة السيارة ، استخدام التليفون) ؛ مهارات الصحة

(الاسترخاء ، التمرينات ، التطبيب الذاتي) ؛ مهارات اجتماعية (فصول في الضحك ، العادات الاجتماعية ، الأحداث المعاصرة . الخ ..) ؛ متنوعات (المواد الأكاديمية ، برنامج خاص قبل مغادرة المستشفى يسمى « سمنار الخريجين » وذلك لمراجعة مازال ينقص الفرد من مهارات وتزويده بها) .

(٢) **جماعات الضبط الذاتي : Self Control Groups** وهدفها المحدد هو تزويد الفرد بمجموعة من المهارات تمكنه من التحكم في السلوك السلبي ولتعديله مثل التحكم في القلق والغضب والألم ، ومهارات الدراسة وجماعات العجز الوظيفي الجنسي ، والقلق المرتبط بدراسة الرياضيات ؛ وتعاطى المخدرات والكحوليات ؛ والتحكم في الوزن والتدخين ؛ وجماعات طراز الحياة . وتتبع معظم هذه الجماعات منهج الاشراف الإجرائي ، إلا أن عددا متزايدا بدأ حديثا يهتم بالاستراتيجيات المعرفية التي تمثل انحرافا عن منهج الاشراف الإجرائي . وتتميز الجماعات القائمة على قواعد الاشراف الإجرائي بأنها تتمثل في تعديل السلوك من خلال التحكم في البيئة ، فتركز على المقدمات والعواقب المرتبطة بحدوث أو عدم حدوث السلوك . أى أن الهدف هو تعليم الفرد قواعد الاشراف الإجرائي للتحكم في البيئة بقصد تعديل السلوك في الواجهة المستهدفة . أما المنهج السلوكي الحديث فهو الذي يركز على الأحداث الداخلية في العميل ، ومن أمثلتها برامج تنمية مهارات مواجهة البيئة والتي يصف ميشينباوم مكوناتها فيما يلي (في ٨ ، ص ٣٠٠) :

(١) تعليم العميل دور المعرفيات في الإسهام في قيام المشكلة الحاضرة من خلال الحوار السقراطي والكشف الموجه عن الذات ؛ (٢) التدريب على التمييز والملاحظة النظامية للتعبيرات عن الذات وصور الذات ، وفي المراقبة الذاتية للسلوك اللائق ، (٣) التدريب على أساسيات حل المشكلة (مثل : تعريف المشكلة توقع العواقب ، إرجاع الأثر التقويمي) ؛ (٤) نمذجة التعبيرات عن الذات والصور عن الذات المرتبطة بكل من المهارات الظاهرة والمعرفية ؛ (٥) نمذجة وممارسة وتشجيع التقويم الذاتي والايجابي ومهارات المجارة والمواجهة ؛ (٦) استخدام مختلف إجراءات العلاج السلوكي مثل التدريب على

الاسترخاء ، والتدريب على تخيل المجازاة والمواجهة والتمرينات السلوكية ؛ (٧) تمرينات سلوكية حية تتزايد في صعوبتها .

ومن أمثلة برامج الإشراف الإجرائي برنامج عيادة علاج اضطرابات الأكل في جامعة ستانفورد ، وينفذ على فترتين على مدى ٢٠ أسبوعا ، وتتكون الجماعة من خليط من الأعمار من الجنسين وتضم من ٦ إلى ١٣ فردا ، وتجتمع مرة كل أسبوع لمدة ٩٠ دقيقة بقيادة فرد لا يتحتم أن يكون مهنيا متخصصا ، ويساعده شخص لوزن الأفراد ومراجعة الواجبات المنزلية ، ومن هذه الجلسات خمس تخصص للممارسة وللاحتفاظ بالمكاسب . ويتركز العمل على المشكلات التي تنشأ خلال الأسبوع نتيجة التمارين .

وفيما يلي وصف موجز للبرنامج : (١) يبدأ البرنامج بمقدمة في الضبط السلوكي للوزن ومبادئ تعديل السلوك وعرض لفعاليات النصف الأول من البرنامج (عشرة أسابيع) ؛ (٢) العمل على إلغاء مهديات cues الأكل وتضييق مدى المنبهات مثل الأكل في مكان واحد ، حذف الأنشطة الأخرى خلال الأكل ، إزالة مهديات الطعام من البيئة ، الخ .. (٣) تغيير فعل الأكل : الإبطاء في الأكل عن طريق وضع معدات الأكل على المائدة بين كل خطوة وأخرى أثناء تناول الطعام ؛ (٤) التسلسل السلوكي والأنشطة البديلة أي تعويض الأنشطة البديلة لمقدمات السلوك ؛ (٥) تحليل السلوك ، إرجاع الأثر ، مقدمة في حل المشكلة ، ممارسة كل ما سبق والمحافظة عليه مع وزن اختياري مرة كل أسبوع في العيادة ؛ (٦) تخطيط مسبق لمحتوى الوجبات للإقلال من الدافع إلى الأكل ؛ (٧) إزالة المهديات (الجزء الثاني) ؛ واستخدام الطاقة (الجزء الأول) : تضييق المنبهات المرتبطة بالطعام مثل ترك طعام على المائدة ؛ إلقاء البواقي بعيدا ؛ إزالة الأطباق من المائدة ؛ الخ ويسجل خط قاعدى للنشاط لمدة أسبوع من خلال « بيدومتر » ؛ (٨) استخدام الطاقة (الجزء الثاني) : الزيادة المنتظمة في صرف الطاقة ؛ (٩) نصائح للتعامل مع الوجبات الصغيرة والأجازات والمواقف الاجتماعية وتحليل محتوى هذه الوجبات من السعرات ؛ (١٠) مساندة البيئة ، يطلب من العائلات حضور هذه الجلسة لمناقشة التفاعلات العائلية والحاجة إلى المساندة العائلية . وزن اختياري مرة كل أسبوع في العيادة ؛ (١١) التقدم وإرجاع الأثر ومراجعة للأسابيع العشرة السابقة ، (١٢) « الوجبة السلوكية »

مقدمة في الرجيم الغذائى الذى أعده ستيوارت ودافيز ؛ (١٣) تعليم ذاتى ١ :
الوعى بالحوار الداخلى . أسبوع خط الأساس لتمرين زيادة الوعى بالعمليات
المعرفية ؛ (١٤) تعليم ذاتى ٢ : التدريب على تغيير الحوار الداخلى وأسس
مكافأة الذات والحاجة إليها (١٥) تعليم ذاتى ٣ : صورة الذات بوصفها مفتاحا
للمحافظة على المكاسب ، الحاجة إلى التغيير النظامى لهذه الصورة ؛ استخدام
الثواب الذاتى لإحداث التغيير ، وزن اختياري فى العيادة مرة كل أسبوع :
(١٦) مراجعة وإعادة تنسيب وتعليم ذاتى سلبى . مقدمة فى التنسيب الإيجابى
للجوع ، التنسيب الذاتى للشبع ، الحساسية المغطاة لمشكلات الطعام ؛
(١٧) التعاقد الإشرافى مع الذات : عقد اتفاقية مع الذات على أساس يومى مع
تمرين يومية محددة الهدف والثواب ؛ (١٨) التعاقد الإشرافى مع الآخرين :
أهداف بعيدة المدى ومكافآت وانشغال اجتماعى ؛ (١٩) مهديات اجتماعية إلى
الأكل وكيفية تجنبها ، نسبة الجوع إلى مهديات خارجية والتعامل مع المواقف
الاجتماعية بصورة مباشرة وبسلوك لا يرتبط بالطعام ؛ (٢٠) مراجعة نهائية
ومناقشة للمحافظة على الكسب الناتج .

وهناك برامج متنوعة تركز على العلاج السلوكى المعرفى ونكتفى
بالإشارة إلى البرنامج الذى أعده نوكافكو (٨ ، ص ٣٠٢) لمساعدة الأفراد فى
التغلب على الغضب .

(٣) جماعات العلاج السلوكى الشامل : وهى تصلح لعلاج أى مشكلة
بينشخصية فى طبيعتها ، ومنها مشكلات زيادة وزن الجسم ، التدخين ،
الضغوط . ويهدف العلاج إلى تعديل كبير فى طراز الحياة وفى صورة الذات ..
فمن خلال الخبرة الجماعية لا يعالج فرد مثلا فقط من خوفه من النوم بمفرده فى
غرفة بمنزل والديه ، ولكنه قد ينتقل إلى الحياة بمفرده فى منزل مستقل ويسعى
إلى الحصول على عمل . والشخص الذى لا يستطيع أن يتحمل مسئوليات
عمله قد لا يكفى أن يكون أكثر انضباطا فى العمل ولكنه يسعى إلى أهداف
أعلى ، فيقيم علاقات حميمة مع أفراد من الجنسين ، ويستطيع العيش بمفرده
وينمى عددا من الهوايات يستمتع بها دون شعور بالذنب . وقد تقدير هولاندر
وكازاوكى ، هناك ثلاث فئات من جماعات التركيز على المشكلات : (أ)
الجماعة المختلطة التى يكون فيها التركيز على المشكلات الفردية التى قد لا تكون

مشتركة بين أعضاء الجماعة الآخرين ؛ (ب) جماعة موقفية يواجه فيها الأعضاء صعوبة مشتركة بطرقهم الخاصة كما يحدث مثلا في جماعة من الآباء والأمهات الأراامل أو المطلقين ، (ج) جماعة ارتقائية يواجه أعضاؤها صعوبات مشتركة بسبب التشابه في العمر أو في مرحلة الحياة مثل المراهقين أو جماعات كبار السن . ولا تصنف المشكلات إلى فئات تشخيصية مثل العصاب والذهان واضطراب الخلق ولكن يكون السلوك الذى أدى إلى هذا العنوان هو محور التدخلات الجماعية . وتؤدى المشكلات السلوكية على مستوى العلاقات إلى أهداف مثل : الشعور بالأمن ، إنقاص الاعتماد على الآخرين ، إظهار عاطفة صادقة ، الإبقاء على علاقة ، إزالة القلق الاجتماعى وانفجارات الغضب والاكنتاب . ولا يقبل في هذه الجماعات من تحول مشكلاتهم دون عمل الجماعة مثل حالات الاغتصاب والحالات المحالة جبريا .

تحديد خط الأساس والتقييم : تقام خطوط الأساس بعد التعرف على المشكلات من خلال المناقشات وقوائم الشطب والملاحظة الذاتية ، أى يسجل تواتر وشدة ودوام المشكلة المحددة على أساس يومى لمدة تتراوح من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، وكذلك يسجل التقدم أسبوعيا في رسوم بيانية على أساس نتائج الواجبات المنزلية . ومن المهم أيضا تقدير توقعات العملاء لمقارنتها بما تحقق من أهداف ، وهل يرون أن مشكلاتهم يمكن حلها من خلال الجماعة ، وهل يتوقعون ويقبلون مشاركة الآخرين في مشكلاتهم والقيام بواجباتهم المنزلية ومساعدة الآخرين ومحاولة تجريب طرق جديدة للسلوك في الجماعة . وكذلك يقيم ما إذا كانت الأهداف قد صيغت بصورة جيدة ، وذلك على أساس من يتغير وما هى جوانب السلوك المطلوب تغييرها وتمت أى الظروف والزمن اللازم للتغيير وكيف يعرف الفرد ما إذا كان هدف قد تحقق ، الخ . وقد اقترح أرنولد لازاروس إطارا للمشكلة السلوكية أسماه BASIC ID يقوم على أساس سبعة مجالات يوردهما هولاندر وكازاوكى مع مثال من حالة فرد يخشى قيادة سيارة بمفرده بعد حادثة سيارة :

السلوك :	Behavior (B)	تجنب القيادة منفردا ، يشجع الآخرين على نقله للأماكن .
الوجدان :	Affect (A)	قلق عام بشأن السيارات ، قلق حاد

حين يكون وحيدا في سيارة ، الاكتئاب للعجز عن التغير . توتر في المعدة وهو في السيارة ودوخة .	Sensation (S)	: الإحساس
يتذكر الحادث تماما . يتخيل صورا مخيفة لإصابته أو موته إذا قاد السيارة منفردا .	Imagery (I)	: التخيل
يعتقد أنه عاجز ، يعتقد أن قيادة السيارة تحمل إمكانية وقوع كارثة . الكثيرون ممن لم يرتبط بهم في السابق ارتباطا كبيرا يقودون سيارته له .	Cognition (C)	: المعرفة
تعاطي مهدئات ، تناول جرعة من الويسكى قبل ركوب السيارة .	Interpersonal (I)	: بينشخصي
	Drugs (D)	: العقاقير

العلاج : يغلب أن يكون العلاج السلوكي الجماعي توفيقيا تستعار فيه أساليب كثيرة من المدارس الأخرى . وتشمل هذه الأساليب السيكودراما ، تمارين الوعي الجشتاليتية ، تحليل الطرح ، التأمل ، التحليل العبر - تفاعلي الخ .. وذلك بعد ربطها بمشكلات بينشخصية ملحوظة ومحددة . ويتقدم العلاج السلوكي الشامل في مراحل غير شكلية تبدأ بالتعارف بين القائد والأعضاء وتقديم كل عضو لنفسه ، ومعرفة بأسماء الآخرين . ويقدم كل منهم تعريفا بخبراته قبل انضمامه للجماعة ويشارك في تمارين الاسترخاء ويتعلم الكشف عن الذات ، واحترام طراز حياة الآخرين واعتقاداتهم ، وأن يعطى وأن يقبل النقد البناء والثناء .. ويحدد قائد الجماعة خبرات معينة وخطوطا للسلوك ويؤكد على ضرورة أن يقوم العضو بشيء ليغير نفسه وحياته وألا يتوقع أن يؤدي الفهم الفكري الأكبر أو الشعور الأظيب إلى تغيير آلي دون جهد . ويؤكد على قيمة التعاون وأن كل فرد يستطيع أن يقدم شيئا للجماعة ، في الوقت الذي يؤكد فيه على المحافظة على السرية ، وعدم مناقشة استجابات خارج الجماعة يكون الفرد غير مستعد لمناقشتها داخلها ، والنقد البناء الموجه إلى ما يفعله الشخص وليس إلى الشخص .

ثم تبدأ في المرحلة الثانية أعمال التشخيص والتقويم الجماعي . فمثلا في الطريقة المتعددة التي يتبعها لازاروس ، يعد بروفيل BASIC ID (الذي عرضناه في فقرة سابقة) لكل عضو ، وتحدد واجبات منزلية تشمل ملاحظات ذاتية وتسجيلات لخطوط الأساس . وفي المرحلة الثالثة وهي مرحلة العلاج ، تطبق الأساليب السلوكية على الأفراد في الجماعة وعلى الجماعة ككل . وبعض هذه الأساليب يتولى القائد توجيهها مثل تعليم الاسترخاء والتأكيد على الذات والانصات والصور الموجهة للتحكم في الغضب والخوف والشعور بالذنب . بينما يقدم القائد تمارين أخرى يمثل لها ويترك لأعضاء الجماعة إدارتها ومنها : مقايضة التعاون ، أى تبادل الخبرة والمهارة للتغلب على النقص فهما عن طريق تبادلها مع الآخرين ؛ إرجاع الأثر ؛ بناء وتشجيع ونمذجة الأدوار في التدريب على تأكيد الذات . ومن المهم في هذه المرحلة العمل على ضمان الاستمرارية في بعض القضايا الفردية (مثل الحصول على عمل جديد أو الإقلاق من الاعتماد على الآخرين) أو جماعية (مثل التماسك وتعلم عدم الاعتماد كلية على القائد) وكذلك تجرى مراجعات وتسجيلات للتقدم العلاجي . وقد تمارس في الجلسة الواحدة عدة أساليب مثل تمارين الاسترخاء ، والتوضيح لعميل الخطأ في إدراكه للعلاقة بين الجنسين ، أو تعلم عضو لأسلوب « الانفجار » (blow up) وفيه يتخيل العواقب السخيفة المضحكة إذا لم يتم بالتأكد عدة مرات من قفل محبس الغاز ، أو لعب دور لوالدي عضوة في الجماعة على أن تقوم هي بدورها الحقيقي ، الخ .. ويناقش الكمل استراتيجيات تكوين الصداقات ويعطى كل فرد واجبا منزليا في مجالات الصداقة الخ .. وفي المرحلة الختامية تراجع كل الاستراتيجيات المستخدمة لإحداث تغييرات ولإعداد خطط ذاتية الدفع للتأكد من استخدام الاستراتيجيات مستقبلا عند انقضاء الجماعة .

التطبيق : يراعى في اختيار الأعضاء عدم التجانس قدر الإمكان من حيث العمر والجنس ومدى خبرات الحياة والمشكلات وذلك ليتقارب تكوين الجماعة مع واقع الحياة . ويغلب أن يقود الجماعة ذكر وأثنى ثمذجة التعاون على أساس المساواة ولتقديم إرجاع أثر وتدعيم اجتماعي مضاعف للجماعة .

وتنظم حجرة الاجتماعات بحيث تبعد عن الشكل الرسمي من مكاتب وأرفف وملفات . ويجب أن تكون الكراسي مريحة ومتساوية وسهلة التحريك وأن تكون

الأرضية مكسوة ويتناثر بها عدد من الوسائد لتدريبات الاسترخاء وأن تكون الحوائط مانعة لتسرب الصوت وأن تعلق بالحوائط صور تضيف الطابع الشخصي وأن يجلس الأعضاء في دائرة ، كما يفضل أن يكون قريبا منها تسهيلات لتناول الشاي أو المرطبات والأطعمة الخفيفة . ويتراوح عادة حجم الجماعة من ٦ إلى ١٢ فردا وذلك تيسرا للتعامل ولتعدد النماذج بقدر معقول . وتجتمع الجماعة عادة مرة في الأسبوع لمدة تتراوح من ساعة ونصف إلى ساعتين ، ولا تشجع جلسات « الماراثون » بل يفضل التعلم المنتظم خطوة خطوة والممارسة والتغير ، ويتطلب كل ذلك وقتا ، وتستمر الجماعة عادة لمدد تتراوح من ٨ شهور إلى سنة ولكنها قد تمتد إلى أكثر من ذلك . وفي هذه الحالة يغلب أن تكون الجماعة مفتوحة النهاية تتجدد عضويتها كلما كان ذلك مناسباً .

ويشجع استخدام أشرطة الفيديو لتقديم إرجاع أثر موضوعي عن الأحداث اللفظية وغير اللفظية التي تقع بين الأفراد في جماعة ، واستجاباتهم لتوصيات قائد الجماعة في تمارين مثل التحدث بصوت أعلى ، التدرب على مقابلة سعيًا وراء عمل ، تقديم نقد بناء لعضو آخر . ويحاول العضو تحسين سلوكه ، وقد يزداد وعيه بطريقة جلوسه وملاحظ وجهه وطراره في الاتصال وأنماطه في الدفاع - التجنب وقد يشاهد العضو تسجيلًا سابقًا للمقارنة ولرصد التقدم أو مدى الوفاء بالوعود ومدى التغير في مركز اهتمام الجماعة ، ويتعين الحصول على إذن كل أعضاء الجماعة قبل التسجيل بشرط الفيديو كما يتعين التفكير فيمن يقوم بالتسجيل سواء كان من خارج الجماعة أو من أعضائها بالتناوب .

ومن الأفضل أن يكون قائد الجماعة مؤهلاً ومرخصاً له بممارسة العلاج السلوكي طبقاً للنظم المرعية في مقر العمل . ومن المتوقع أن يكون ممن يحملون درجة عليا في علم النفس أو الطب النفسي . ويوصى بأن يكمل المعالج برنامجاً تدريبياً لمدة عامين في مركز للعلاج النفسي السلوكي حيث ينخرط في حلقات بحث وورش عمل وتدريب عمل تحت إشراف ، مع أفراد في مختلف أنواع الجماعات . وبالطبع يلتزم دائما بالميثاق الخلقى المعمول به في مقر العمل وفي الجماعة المهنية التي ينتمي إليها .

البحوث وجوانب القوة والضعف : يقرر هولاندر وكازاوكي أن العلاج السلوكي الجماعي قد رسخت أقدامه ، وأنه قد صدر عدد كبير من التقارير عن

البحوث في هذا الموضوع وبخاصة في الدور الذي يقوم به الأفراد في العلاج الجماعي ؛ وفي مدى تعميم نتائج العلاج والمحافظة على مكاسبه . ويتميز العلاج السلوكي الجماعي في تقديرهما (٨ ، ص ٣١٦) بالمدى الواسع من المجالات التي يتصدى لها فشملت هذه المجالات : السمعة المفرطة ، الاجهاد الإداري ، العصاب ، الكحولية ، التخلف العقلي ، الانحرافات الجنسية ، الخجل ، التدخين ، العجز الارتقائي ، القلق المرتبط بالرياضيات ، الألم ، العائلة ، الحياة الزوجية ، مهارات الدراسة ، الخ . كما يمتاز هذا النوع من العلاج باستخدام الجماعات في الضبط الذاتي والتدريب على المهارات مما يقرب من أن يكون عملا تعليميا ، وبذلك يشمل مدى أكبر من الأفراد الذين لا يحتاجون إلى علاج نفسى متعمق مما يشجع من يخشون العلاج على الالتحاق بجماعات العلاج تمهيدا للانخراط في جماعات العلاج الشامل . وتمتاز الجماعة السلوكية أيضا بأنه تقل فيها فرص الاعتماد على المعالج حيث يعامل الكل بوصفهم راشدين وأن يكونوا نماذج يوجهون ويمارسون . ودور القائد هو جزئيا مدرب ومعلم مهارات . كما تمتاز الجماعة بالمرونة في البرامج العلاجية وتنوعها لتناسب حاجات الأفراد وبأنها اقتصادية في الوقت والتكلفة ، وبالتزامها بالبحث والمسئولية والتأكد من صدق الأساليب وفعاليتها بناء على اختبارات مقننة وملاحظات وليس فقط بناء على تقارير انطباعية . إلا أن العلاج السلوكي الجماعي ينقصه في تقدير هولاندر وكازاوكي وجود نظرية سلوكية موحدة للعملية الجماعية لترشد قائد الجماعة في تصميم العمل الجماعي وتوجيهه . ويتطلب نجاح العلاج توفر الدافع لدى العميل وواقعية توقعاته ، كما أن حداثة العمل في هذا النهج العلاجي تحرمه من الخبرات المستفيضة .

الفصل الثامن

التقارب بين
المناهج السلوكية والمناهج المعرفية

مقدمة :

رأينا في عرضنا للمناهج السلوكية أن السلوكيين الأوائل يؤمنون بأن ما يمكن ملاحظته من السلوك وعواقبه الملحوظة هو فقط ما يدرس . وهم ينظرون أحيانا إلى الشخص كما لو كان « الصندوق الأسود » إذ تهمهم فقط العلاقة بين المدخلات والمخرجات وليس ما يجري داخل الصندوق . وعلى العكس منهم المعرفيون ، إذ يهتم ما يجري داخل الشخص ، فيستخدمون مفاهيم مثل الإدراك والانتباه والتهيؤ العقلي والتخيل ، وهم يوجهون انتباهها أكثر للألفاظ واللغة ، ويرون كل السلوك بوصفه إشارات لنشاط مخي ، وبدلا من السلوك الظاهر ، يهتم المعرفيون بتشغيل المعلومات ودراسة الذاكرة وحل المشكلة والتنظيم الذاتي .

وقد بدأت في السنين الأخيرة محاولات عديدة من جانب المحدثين للتقريب بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية بالرغم من معارضة الأوائل . ويلاحظ المعرفيون في تعليقهم على منهج « التخلص التدريجي من الحساسية » أن أسلوب فولبي يعتمد على تخيل المواقف التي تستثير الخوف ، وهي عملية معرفية وليست سلوكا خارجيا ملحوظا . كما أن مفهوم سكينر في « الإشراف الإجرائي » ترجع أهميته إلى أن معظم السلوك الصادر عن الناس يمكن النظر إليه بوصفه إجراءات بينما يكون عدد قليل نسبيا استجابات لإشراف كلاسيكي . ولذلك فإن ترتيب الظروف التي تلي السلوك يمكن أن يؤثر في مجرى الكلام أو الابتسام أو العمل أو القراءة ، الخ .. ويرتبط تعريف المدعم بالفرد كمحور ، وليس بالملاحظ ، أي أن مدعما يزيد أو يحتفظ بمعدل سلوك معين من جانب فرد معين . فإذا لم يفعل ذلك فهو ليس مدعما لهذا الفرد في هذا الموقف . ولا قيمة لما يعتقد الملاحظ عما يجب أن يكون مدعما لشخص ما . وهكذا ، فإن المدعم يختلف باختلاف الشخص والموقف .

وقد زاد عدد التدخلات السلوكية وزادت أنواعها زيادة كبيرة بين عامي ١٩٦٠ ، ١٩٧٠ وقد عرضنا العديد منها في مناقشاتنا السابقة ومنها التمدجة ولعب الأدوار ونظم « الماركات الرمزية » والتدعيم المقنع ، والإثارة المقنعة للحساسية والتعلم الذاتي والعقاب الذاتي ووقف الأفكار ، الخ .. ويشير كل ذلك إلى أن السلوكيين لم يعودوا ينظرون إلى الإنسان بوصفه « صندوقا أسود » لأن كل هذه

العمليات تحدث داخل المخ . وكذلك ملاحظة السلوك في التفاعل العائلي . وتعتمد الملاحظة على الإدراك والتميز وتصنيف الملاحظات إلى فئات ، وكلها عمليات تشتمل على تفكير وتذكر وإدراك واتخاذ قرار ، الخ . وكل هذه مفاهيم رئيسية في علم النفس المعرفي .

وقد رأينا أنه قد برز في السنين الأخيرة أسلوب إرجاع الأثر feedback ، وهو أسلوب رغم اعتماده على أجهزة كهربائية فسيولوجية ، إلا أنه يؤكد على تحقيق ضبط إرادى يتفق مع مقصد المريض . ولكى يمكن التمييز بين إرجاع الأثر بهذه الصورة وبين الإشراف الإجرائى ، فإن باحثين مثل بربرام يميزون بين الإشراف الإجرائى بوصفه طريقة لإرجاع الأثر لتحقيق تغيرات طبقا لمقاصد المعالج وبين إرجاع الأثر بوصفه ميكانيزم إرجاع أثر أمامى feed forward لتحقيق أهداف يقصدها المريض . وفي هذا المعنى يعتمد إرجاع الأثر على عمليات معرفية لتحقيق ضبط إرادى . وقد رأينا كيف بدأ المعالجون السلوكيون المعاصرون مثل باندورا يولون اهتماما أكبر بتوقعات المريض وخططه بوصفها مؤثرا في تحقيق التغيرات المرغوبة . وحين تحدى فولبي الصياغات المعرفية في العلاج ، قوبلت اعتراضاته برد عنيف من جانب الكثيرين مثل بيك وإليس ولازاروس . ومن مظاهر تأثير علم النفس المعرفى الاهتمام بإنشاء معامل بحوث في التنويم المغناطيسى في عدد من الجامعات الأمريكية ومنها ستانفورد وبنسلفانيا . ويتناول التنويم المغناطيسى بحكم تعريفه التغيرات في الخبرة الشعورية والتفاعل بين عمليات الضبط الإرادية واللاإرادية .

ومن ناحية أخرى ، كان تأثير التحليل النفسى على علم النفس الإكلينيكي معرفيا بعامة ولكن بصورة جزئية . ويتمثل هذا التأثير في العمليتين الفكريتين : الأولية والثانوية ، وهو تأكيد معرفى مباشر . إلا أن محاولات بذلت في ضوء روح العصر حينذاك لترجمة فكر التحليل النفسى وممارساته .. في ضوء نظرية تعلم قائمة على الأسس التى قدمها هـل فى نظريته ، ومنها مثلا محاولات دولارد وميللر التى سبق وأن عرضناها ، وكان الاتجاه المنافس المتمثل فى نظرية روجرز فى العلاج المتمركز - حول - العميل يعطى المبادرة للعميل ، وهو اتجاه يبدو أكثر معرفية فى منهجه .

المناهج المعرفية :

يتناول علم النفس المعرفى التفكير ويعترف صراحة بأن الكثير يدور فى عقل الإنسان ويسأل : ماذا ؟ وكيف ؟ ومتى ؟ بالنسبة لهذه العمليات . وهى أسئلة سيكولوجية منها مثلا : ما هى الأدلة cues التى يستخدمها الشخص أ لإدراك علاقة ؟ ما هى المدة التى يحتفظ الشخص ب فيها بموضوع معين تحت ظروف معينة ؟ كيف نعلم الطفل ج البحث عن حل لمشكلة يواجهها بدلا من الإسراع بالبكاء ؟ وقد بدأ عدد من السيكلوجيين يرون إمكانية التوصل إلى نموذج للإنسان يأخذ بالاعتبار تعقد الإنسان فكرا ومشاعر وسلوكا . وقدم نموذج الكمبيوتر أساسا ملائما للظواهر العقلية . كما أن فكرة البرمجة جعلت الفرضية أمرا عيانا . وقد أشار التنظيم الهرارى وإعادة التنظيم إلى طرق جديدة للنظر إلى التعلم وحل المشكلة . كما أن الدور المركزى الذى تلعبه فى كل جوانب الحياة الإنسانية قد تمثل بصورة درامية . وتطبق مفاهيم تشغيل المعلومات أيضا على وظائف المخ والإدراك والذاكرة واللغة والتعليم والارتقاء المعرفى وحل المشكلة واتخاذ القرار والتفاعل الاجتماعى والدافعية ، ذلك أن تشغيل المعلومات هو طريقة جديدة للنظر إلى النسق الكلى لوظائف الإنسان . وقد أسهمت أعمال بياجيه فى علم النفس الارتقائى فى ظهور « المعرفية » ، لأن طرقة قدمت أساليب لدراسة التفاعل بين الكائن والبيئة التى تؤثر فى ارتقائه الفكرى والخلقى والاجتماعى . وقد افترض بياجيه أبنية عقلية بوصفها طريقة لتنظيم الخبرة والسلوك . وقد نظر إلى الطفل فى ارتقائه بوصفه كائنا نشطا ، يسعى إلى المعلومات وتشغيلها بدلا من أن يكون سلبيا ومتلقيا لمدخلات البيئة . ويرى البعض أن الفيلسوف الإغريقى Epictetus كان أول من رأى أن الناس يفعلون ما يفعلون لا على أساس الحقائق ولكن على أساس ما يعتقدون أنه حقائق (١٨) ، وكذلك كان ألفرد أدلر يرى أن العلاج هو محاولة للكشف عن كيف يدرك الشخص العالم وكيف يخبره .

ويدرس المعرفيون الإدراك والتعلم والذاكرة واللغة والارتقاء والدافعية بوصفها مجالات هامة بالإضافة إلى طرز التفكير واستراتيجياته فمثلا ، فى الإدراك يتوقف ما نراه على خبراتنا وعلى معلوماتنا الحاضرة وعلى حالة الدافعية ، وليس على

مجرد الرؤية . وقد علمنا الجشتالتيون الأوائل أننا يمكن أن نرى العنصر المركزي في الصورة بوصفه شكلا والباقي بوصفه أرضية وأن لدينا القدرة على تغيير الأرضية إلى شكل .

و حين تفشل العمليات الإدراكية المعقدة في العمل بصورة جيدة ، تنشأ مشكلات خطيرة . فقد يدرك الشخص الأحداث العادية على أنها تهديد لحياته أو سببا . وقد يدرك الأب القاسى السلوك العادى لطفله على أنه يهدف إلى إحداث المشاكل له . ويلجأ المعالج المعرفى إلى أسلوب علاجى هو « إعادة التشكيل » **Reframing** . وذلك لصياغة مدرك جديد من بيانات قديمة . فمثلا ، قد يقول للزوجة « إنك تثورين حينما يفعل زوجك ذلك ، ولكنه ربما يفعله لا لأنه عدوانى ولكن لأنه يهتم بك إلى حد كبير ، ولأن لديه حاجة حقيقية لك ، ولا يريد أن يظهر ضعفه » .

البيان المعرفى و طرز التفكير : يحتل التفكير وعمليات الفكر مركزا أساسيا في النظريات المعرفية . ومن الواضح أن الأفكار لا تحدث عشوائيا . فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المختزنة التى ترشد أو تحدد بنية تفكيرنا . ويعرف ميشينباوم البيان المعرفى بالصورة التالية : « الجانب التنظيمى للتفكير الذى يبدو أنه ينظم ويوجه استراتيجية ومسار واختيار الأفكار ، فهو بمثابة « مُشغِّل تنفيذى » executive processor يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة . ويتضمن البيان المعرفى ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلى للشخص ذاته . والبيان المعرفى بهذه الصورة هو مصدر كل النصوص scripts التى تستمد منها كل مثل هذه الحوارات » . وقد استخدمت لوصف الأبنية المعرفية كلمات متنوعة مثل schema, image, belief, etc. . فمثلا ، ينظر إليس إلى من يعانون من عصاب القلق على أنهم تبنا معتقدا خاطئا ، غير منطقى مثل : « يجب أن أكون محبوبا ومقبولا من الجميع ، فإذا لم يتحقق ذلك فإن الأمر يصبح تراجيديا مؤلمة وفضيحة » . وهو يعالج المريض عن طريق تعليمه كيف يحدد ويتحدى بإيجابية المعتقد اللاعقلانى وأن يستبدله بمعتقد عقلانى مثل : « سوف لا أشعر بالراحة والسرور إذا لم يحببنى ولكن هناك أشياء بناءة يمكننى القيام بها » .

ولم يظهر بعد تصنيف جيد لطرز التفكير ولكن ظهرت مفاهيم عديدة وهامة فيما يلي بعضها (١٨) :

(١) التفكير بطراز الوسيلة - الغاية : **Means - end thinking** وذلك حين يعمل الشخص ملء الخطوات الوسيطة المطلوبة للوصول إلى غاية معينة ، وهي مهارة متقدمة وهامة في التخطيط واستخدام المصادر الشخصية .

(٢) التفكير بطراز الحل البديل : **Alternative Solution Thinking** وهو يشير إلى السلوك العقلي المولد لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة . ويمتاز هذا الطراز بتوفيره بدائل عديدة للاختيار من بينها . وهو طراز يبدو أنه يرتبط من جانب الأطفال الصغار بالسلوك المقبول اجتماعيا .

(٣) التفكير بطراز العواقب : **Consequential Thinking** وهو طراز من التفكير يسمح للشخص بالتحرك إلى الأمام في الوقت المناسب للنتيجة أو عاقبة الفعل - فمثلا ، إذا استعان الأحداث الجانحون بهذا الطراز من التفكير فإنهم يكفون عن أفعالهم . ويبدو من المحتمل أن معظمهم لديهم هذه المهارات من التفكير ولكن قد لا تكون هذه المهارات وحدها هي المفتاح الوحيد للسلوك المقبول اجتماعيا .

(٤) مهارات التفكير العلى : **Causal Thinking Skills** - وفيه يمكن أن تقدم إجابات عن أسئلة مثل : « لماذا فعلت ذلك ؟ » وهي مهارة وضع أنها لا ترتبط بالمهارات المقبولة اجتماعيا أو بالإقلال من السلوك العدواني والاندفاعي من جانب الأطفال الصغار وذلك بالرغم من أن الوالدين لا يكفان عن توجيه مثل هذا السؤال حينما يصدر السلوك عن الطفل .

(٥) الاستقلال عن المجال مقابل الاعتماد على المجال : **Field Independent** **Versus Field Dependent** ينزع بعض الناس إلى أن يكونوا قادرين على التفكير تفكيرا جيدا بصرف النظر عن المجال أو المضمون - وهم يستخدمون المنطق استخداما جيدا . وقد يتجاهلون ما يحيط بهم . ولكن آخريين يعتمدون على المجال أو المضمون ، قد لا يكونون تحليليين بهذا القدر ولكن تمهم الاعتبارات الاجتماعية ، وربما كان التأثير عليهم أكثر سهولة .

(٦) التقارب مقابل التباعد **Convergent Versus Divergent** يتطلب التفكير التقاربي الاستدلال الصحيح نحو الإجابة الصحيحة . فهو أكثر علمية ولكنه

أقل ابتكارية عن التفكير التباعدى ، وهو الذى ينتج أصالة وجدة وإمكانيات بديلة بسهولة أكبر .

(٧) التفصيل مقابل التركيز : Scanning Versus Focusing ، يتضمن التفكير التفصيلي تقويم كل التفاصيل بانتظام والانتقال من تفصيل إلى التفصيل الذى يليه ، بينما يتضمن التفكير التركيزى الانتباه بقدر أكبر لتلك التفاصيل التى يبدو أنها مركزية مع تجاهل التفاصيل الأخرى . والنوع الأول أبطأ فى أداء بعض المهام وأكثر وثوقا فى البعض الآخر .

(٨) التركز - حول - الذات مقابل القيام بالدور : Egocentrism Versus Role Taking . تسمح مهارات القيام بالدور للشخص بأن يضع نفسه مكان الآخر . ولكن الشخص المتمركز - حول - ذاته يعجز عن تخيل وجهة نظر الآخرين أو مشكلتهم ، وهو سمة توصف بأنها مصاحبة للجناح والسلوك المضاد للمجتمع .

وبينا ينظر السيكوديناميون إلى الانفعالات بوصفها القضية السيكلوجية الأولى وإلى التفكير بوصفه عملية ثانوية ، نجد المعرفيين ينزعون إلى الاعتقاد بأن الانفعالات تتبع الفكر . فمثلا ، إذا كانت لدى الشخص فكرة خاطئة بأن شيئا فظيحا سوف يقع ، فإنه سوف يخبر قلقا أو اكتئابا حين يقع هذا الشيء ، وكذلك الشخص الذى يفشل فى تعلم الحل الجيد للمشكلات والتفكير بطراز الوسيلة - الغاية ، قد يحس بالنقص بالنسبة لمن تسمح لهم مهاراتهم بتجاوز الإحباطات والمرارة وعدم الشعور بالأمن والعلاقات الينشخصية غير المشبعة :

السلوكية المعرفية : Cognitive Behaviorism

رغم أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة ، إلا أنه يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلا مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلى . إلا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضا أمام هذا التقارب ، ومنها توسع باندورا فى مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالتمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة . كما أنه هو وكانفر وجولدستين اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حين بدأوا تركيز اهتمامهم على التنظيم الذاتى والضبط الذاتى . وكان كوتيللا قد اعترف

بالأحداث الداخلية في أسلوبه « الإشارات المغطى أو المقنع » أى استخدام أسس الإشارات للتأثير في حدوث الأفكار والاستجابات التى أسمائها « أحداثا مغطاة » أو غير ظاهرة . وقد توالى ترجمة الإجراءات السلوكية في ضوء أسس معرفية حتى أوائل الثمانينات حين أصبحت السلوكية المعرفية النغمة السائدة . وقد ساعد على ذلك الانتشار أيضا أن هذا المزج أسهم في مجابهة اتهامات أطباء النفس ومعظمهم من المحللين النفسيين وغيرهم للسلوكية بأنها لا إنسانية وبأنها مدعية للعلم في الوقت الذى تجاهلوا فيه ما حققته السلوكية من انجازات فعلية قابلة للحساب وللرصد في مجال العلاج . وكان البعض قد بدأوا يتحدثون عن حقوق المريض والتفكير فى إتخاذ إجراءات قانونية ضد المعالجين السلوكيين . وفى ضوء التقارب ، أمكن للسلوكيين المعرفيين التحدث بلغة مقبولة إنسانيا وعن ظواهر أقرب إلى القبول من السلوكية المجردة . كما أن ما تجمع من رصيد لدى المعرفيين عن العمليات الإدراكية وطرز التفكير وتشغيل المعلومات يمكن استخدامه بصورة أحسن ، وإخضاعه للفحص الكمي والملاحظة عما كان عليه الحال مع السلوكيين . وكذلك ، فإن الكشف الجديدة فى مجال النيوروسيكولوجى تبشر بإمكان تبادلها للدعم مع المنهج المعرفى - السلوكى .

والخلاصة أن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض عمليات معرفية ، ولكن بعض الإجراءات توجه بخاصة إلى إحداث تعديلات فى معرفيات لا توافمية محددة ، وتكون هذه الإجراءات ما يعرف بالعلاج السلوكى المعرفى أو باختصار العلاج المعرفى ، وهو يعرف بأنه منهج علاجى يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى العميل . وتمثل أساليبه العديدة فى : التدريب على مهارات المواجهة ، التحكم فى القلق ، التحصين ضد الضغوط ، أسلوب صورة الذات المثالية العلاج من خلال خطأ التنسب **Misattribution** ، التدريب على حل المشكلة ، التدريب على التعليم الذاتى ، وقف الأفكار ، أسلوب بيك المعرفى فى علاج الاكتئاب والقلق ، الخ . (٤ ، ص ٣٨٧) .

والعلاج السلوكى - المعرفى حديث نسبيا بدأ فى السبعينات ، بل لم تظهر بحوث فيه قبل عام ١٩٧٠ ، إلا أن هناك اليوم على الأقل مجلة واحدة مخصصة كلية للعلاج المعرفى هى **Cognitive Therapy and Research** بالإضافة إلى العديد

من التقارير عن البحوث ، ولكن بينما اتسع الاهتمام بالبحث الإكلينيكي في العلاج المعرفي بين أنصار التعلم الاجتماعي في السبعينات ، فإن تغيير الأفكار اللاتواؤمية للعملاء كان موضع الاهتمام المركزي لعدد من المعالجين منذ عقود ، ولعل أشهرهم في مرحلة ما قبل السبعينات (غير أدلر) هو آلبرت إليس مؤسس مدرسة العلاج العقلاني - الانفعالي - وفي الكتابات الحديثة يؤكد إليس (٦ ، ص ١٧٥) على التشابه بين مدرسته وبين صور العلاج السلوكي المعرفية التوجه . وفي الحقيقة فإن العلاج العقلاني - الانفعالي والعلاج السلوكي في منظوره العريض هما نفس الشيء تقريبا (٦ ، ص ١٧٥) .

وقد ظهرت أنواع وطرز مختلفة من العلاج المعرفي - السلوكي يلخصها ماهوني وأرنكوف فيما يلي : (١١ ، ص ٢٨٥) :

- (١) يطور الإنسان السلوك التواؤمي أو اللاتواؤمي والأنماط الوجدانية من خلال عمليات معرفية مثل الانتباه الإدراكي ، التصنيف الرمزي ، الخ .
- (٢) تنشط العمليات المعرفية وظيفيا من خلال إجراءات مشابهة في الشكل بعامة مع الإجراءات المعملية في التعلم الإنساني .
- (٣) يترتب على ذلك أن مهمة المعالج هي التشخيص والتربية فهو يقيم العمليات المعرفية اللاتواؤمية ، ومن ثم ينظم خبرات التعلم التي سوف تغير المعرفيات ، ومن ثم أنماط السلوك - الوجدان التي ترتبط بها .

ويرى ماهوني وأرنكوف (١١) أن هناك على ما يبدو ثلاث صور رئيسية من العلاج المعرفي - السلوكي هي : (١) العلاج العقلاني rational ؛ (٢) العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة coping-skills therapies ؛ والعلاج من خلال حل المشكلة problem - solving therapies . ويؤكد النوعان الأخيران على الطرق الدقيقة المفصلة لتعلم مهارات المواءمة والتأكيد وتوسيع القدرة على حل المشكلة . وسوف نعرض لبعض الخبرات فيها بإيجاز .

التدريب على المهارة : من أوجه النقد الشائعة للمنهج السلوكي القائم على التدعيم هو أنه يجعل الناس معتمدين بدرجة زائدة على البيئة . فإذا لم تقدم الدعم فإن العلاج قد لا يجدي . ولذلك اتجهت جهود المعالجين ومنهم ميشينباوم إلى دراسة التدريب على التعلم الذاتي ، وبخاصة تعليم الأطفال مفرطى النشاط hyper active

طريقة تعليم أنفسهم السلوك الفعال والمناسب في حجرة الفصل المدرسى . وقد سبق أن ناقشنا موضوع الضبط الذاتي : إلا أن إحدى وجهات النظر إليه تتمثل في أننا نتعلم أولاً « التحدث مع أنفسنا » عن موقف ، ربما بغير صوت عالٍ ، ولكن على الأقل في كلمات . ثم بعد ذلك عن طريق المران يصبح الكثير من المكونات أوتوماتيكياً إلا أنه بالنسبة للأطفال الصغار العدوانيين ، فإن بحوثاً كثيرة تشير إلى أن الحديث الداخلى لا يعمل ، أو لا يؤدي إلى عواقب أو لا دلالة له . وقد انتقى ميشينباوم مهام متنوعة تتراوح من قدرات حسية - حركية إلى حل مشكلة معقدة واستخدام التعاقب التالى : (١) نموذج راشد يؤدي عملاً بينما يتحدث مع نفسه بصوت عالٍ (التمدجة المعرفية) ؛ (٢) يؤدي الطفل العمل نفسه بإشراف وتوجيه تعليمات النموذج (توجيه خارجى ظاهر) ؛ (٣) يؤدي الطفل العمل بينما يوجه التعليمات إلى نفسه بصوت عالٍ (توجيه ذاتى ظاهر) ؛ (٤) يهمس الطفل بالتعليمات إلى نفسه بينما يتقدم فى العمل (توجيه ذاتى ظاهر يذبل تدريجياً) ؛ وأخيراً ، (٥) يؤدي الطفل العمل بينما يوجه أداءه من خلال الحديث الخاص (تعليم ذاتى داخلى) .

حل المشكلة : وتبرز فى هذا المجال بحوث سيفال وشور وزملائهما ، وما يرتبط بها من ممارسات سواء فى العلاج السلوكى - المعرفى أو فى الأساليب الوقائية التى تشمل الوالدين . وقد أظهرت هذه البحوث أن المستويات التى يكتسبها الأطفال فى مهارات حل المشكلات المعرفية البيئشخصية هى أحسن منبىء عن سلوك الأولاد والبنات فى المدرسة . وقد صمم هؤلاء الباحثين برنامجاً لتعليم هذه المهارات للدارسين ولآباء وأمهات الأطفال من خلال الألعاب والتمارين التى تهدف إلى تنمية مكونين حاسمين من هذه المهارات هما : التفكير من خلال الحلول البديلة (القدرة على تقديم مدى واسع من الحلول البديلة الممكنة لمشكلة) ؛ والتفكير من خلال العواقب (القدرة على استباق ما قد يحدث إذا نفذ حل معين) . ويتضمن البرنامج :

أولاً : تعلم بعض المفاهيم المتطلبة الأساسية مثل : مشابه - مختلف ؛ إذا ؛ وحينئذ ؛ لماذا ؟ لأن ؛ العدالة ؛ التفضيلات الفردية وبعض أسماء للظروف الشائعة .

ثانياً : تنظم مواقف للألعاب والمباريات بحيث تستثمر من الطفل (لا أن تعطى الطفل) حلولاً بديلة ، والمزاوجة بين الحلول وعواقبها . ولا تضيف قيمة على نوعية

ما ينتجه الطفل لأن البحوث أظهرت أن عدد الحلول البديلة ولبس نوعيتها هو المتغير الفعال .

ويطلق مصطلح المحاورة **Dialoging** على النشاط الأساسي للمدرسين وللوالدين لتحقيق أهداف حل المشكلة المعرفي - البينشخصي **inter-personal (ICPS) cognitive problem-solving** فمثلا ، تتضمن المحاورة حول المشكلات البينشخصية :

- (١) توضيح المشكلة لكل من الراشد والطفل .
- (٢) ملاحظة أن المشكلة المقدمة قد تكون محاولة الطفل لحل مشكلة أسبق .
- (٣) استشارة وتشجيع حل المشكلة من قبل الطفل وليس من قبل الراشدين أو من خلال اقتراحاتهم .
- (٤) التركيز على كيف يفكر الطفل وليس على الحل المعين الذي ينتجه ذلك أنه حتى الثناء على حل قد يكف إنتاج حلول أخرى .

ولكى يظل الوالدان يعملان للمساعدة على تنمية التفكير ، يقدم سببفاك وشور تعليمات على النحو التالي :

- (١) استشارة نظرة الطفل إلى المشكلة بطريقة تخلو من توجيه الاتهام .
 - (٢) السؤال بصورة فكرية عن السبب فيما فعله الطفل .
 - (٣) توجيه الطفل إلى الحديث عن مشاعره وعما يعتقد عن مشاعر الآخرين .
 - (٤) السؤال عن كيف يمكن للطفل أن يكتشف مشاعره ومشاعر الآخرين .
 - (٥) سؤال الطفل عن فكرته عن طريقة حل المشكلة « ماذا يمكن أن تفعل إذا أردته أن يفعل ذلك ؟ » .
 - (٦) سؤال الطفل عما يعتقد أنه قد يحدث بعد ذلك « إذا فعلت ذلك فماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك ؟ » .
 - (٧) توجيه الطفل إلى تقويم ما إذا كانت فكرته جيدة أم لا . مثلا : « هل رد الضربة بضربة فكرة جيدة ؟ » « هل تحطيم اللعبة فكرة جيدة ؟ » .
 - (٨) تشجيع الطفل على التفكير في حلول مختلفة : « هل هناك طريقة أخرى ؟ » .
- ويمثل حل المشكلة البينشخصية - المعرفية مثلا طيبا لتقدم حقيقي باستخدام المفاهيم الارتقائية والمعرفية .

إلا أن الباحثين يختلفون بدرجات متفاوتة في نظرهم إلى العلاقة بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية . فبالإضافة إلى ما سبق عرضه من وجهات نظر ، سوف نكتفى بعرض وجهة نظر مكيبولاس (١٣) ، وهو يقدمها على النحو التالي :

نظراً لأن المعرفيات هي أحداث داخلية فإنها تكون أقل من السلوك الظاهر قابلية للقياس والدراسة ، ويتعين دراستها بصورة غير مباشرة من خلال السلوك الظاهر للفرد . فنحن لا نعرف بعامة ما يفكر فيه الناس إلا من خلال سلوك مثل ما يقولون أنهم يفكرون فيه . وهكذا فنحن نتعامل دائماً مع سلوك سواء كنا نقوم أو لا نقوم باستنتاجات عن المعرفيات . وهذا هو أساساً في تقدير مكيبولاس موقف السلوكية . إلا أنه نظراً لإصرار بعض السلوكيين وبخاصة الأوائل منهم على قصر الدراسة على ما يمكن ملاحظته وقياسه ومنه السلوك اللفظي دون ما حاجة إلى القيام باستنتاجات عن الأفكار والمركبات مثل المعرفيات ، فإن ذلك ترك انطبعا بأن هؤلاء البعض ينكرون أهمية المعرفيات . ومن الناحية الأخرى ، فإن النماذج التي يقدمها منظرون آخرون ومنهم الكثير من السلوكيين ، تشمل المعرفيات ، وهي عادة استنتاجات من السلوك الملحوظ . ومعظم المعرفيات هي سلوك غير ظاهر تنطبق عليه نفس الأسس التي تنطبق على السلوك الظاهر ، وهكذا ، فإنه في برنامج علاجي ، قد يتعلم الناس كيف تتعدل أفكارهم إما من خلال الإشارات الاستجابية (الكلاسيكي) أو الإشارات الإجرائية بطرق تشبه الإشارات في غير ذلك من أنواع السلوك . وعند هذه النقطة يقع تداخل بين تعديل السلوك والمناهج الأخرى مثل التأمل والتي تهدف إلى تهدئة العقل أو إلى التحكم فيه . والكثير من الإجراءات التي سبق لنا مناقشتها هي أساساً إجراءات معرفية ، ويشمل ذلك التخلص غير الظاهر من الحساسية ، والتدعيم غير الظاهر ، والإجراءات غير الظاهرة للتخلص من الحساسية وللتدعيم وللعقاب والانطفاء والتمدجة وتخيل المناظر ، الخ ذلك أن كل هذه الإجراءات تقوم على أساس أنها تتطلب من العميل تخيل أحداث مختلفة .. ولدى الناس قدرة على تخيل الصور ، وهذه الصور تتوسط وتربط بين مكونات مسلسل السلوك ، أي أن الناس لا يستجيبون غالباً بصورة مباشرة لموقف ، ولكنهم يستجيبون للصورة التي يكونونها عن الموقف . كما أن سلوك الناس يحكمه غالباً ما يتخيلون أنه سوف يحدث إذا سلخوا مسالك مختلفة . وهكذا ، يمكن أن نؤثر غالباً في السلوك من خلال إجراءات لتوجيه ما يتخيله الناس . وهو منهج قديم جداً يكون أساس الكثير المتنوع من الممارسات بما

في ذلك السيكوسبيرناتيقا وبعض تأملات اليوجا ، وربما بعض أو كل إجراءات التمدجة .

ومن المحقق أن للمعرفيات تأثيرها في الأنواع الأخرى من السلوك . ويلجأ كثيرون إلى التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة ، ومنهم المدرس والطبيب والمعالج النفسى . والكثير من الإجراءات المعرفية هي إجراءات تعديل السلوك من خلال اللغة . وهكذا ، فإن المعالج من خلال التحدث مع العميل قد ينتج إشارات كلاسيكيا عن طريق المزاوجة بين المفاهيم والصور المرتبطة بها ؛ كما يمكنه أن يغير من حوافز الشخص وأن يؤثر في السلوك الإجرائى المرتبط بها ، وقد يسمح بالتعبير عن انفعالات معينة أو انطفائها : أو يدعم التكلم بصورة معينة . وقد يدرّب الشخص على التمييز بحيث يرتبط سلوكه بمواقف منبهة معينة . وقد يسلك بوصفه نموذجا لمدى عريض من أنواع السلوك ، وهكذا ، فقد يعتقد المعالج أن التغييرات التى يحدثها في العميل عن طريق الكلام ترجع إلى تغييرات معرفية مثل الاستبصار أو تعديل الاتجاه ، بينما يكون من الأفيد في تقدير مكيبولاس (١٣ ، ص ١٢٦) النظر إلى التغييرات على أساس التعلم والمركبات الدافعية . وقد تنتج التغييرات المعرفية تغييرات سلوكية عامة ، ولكن ذلك لا يحدث غالبا . ففي بعض الحالات ، لا يتوفر لدى العميل السلوك المرغوب . وقد لا يكون اقناع العميل فعالا في جعل سلوك العميل أكثر تأكيدية ، فهو قد لا يعرف ماذا يفعل وقد يتجه إلى الطرف النقيض فيكون بالغ العدوانية . ولذلك فمن الأفضل في تقدير مكيبولاس تدريب العميل على التأكيد الذاتى . ومن المألوف أن يكون الشخص الذى يعانى من خوف مرضى ممن يفهمون طبيعة وسبب الخوف ، ومن يعتبرون الخوف أمرا غير مرغوب ولا عقلاى ، وهو يعرف كيف يسلك شخص لا يعانى من هذا الخوف في مثل هذه المواقف . ولكن نادرا ما تساعد هذه المعرفيات الشخص على التحرر من الخوف . وفي تقدير مكيبولاس ، فإن مثل هذا الشخص يحتاج إلى علاج سلوكى مثل إزالة الحساسية ، هذا فضلا عن أن المناهج المعرفية في تقديره غير عظيمة وغير فعالة مع الأطفال الصغار ومع المتخلفين ومع الحالات الشديدة من المرض العقلى . وتكشف بحوث علم النفس الاجتماعى عن أن تعديل اتجاه الشخص نحو موضوع لا ينتج عنه بالضرورة تعديل هام في السلوك بما يتفق مع التغير في الاتجاه . وإذا لم يتغير السلوك بطريقة مستقلة ، أو إذا لم يجد مساندة للتغيير ، فإن الاتجاه قد يتراجع إلى الموقف الأصلى . فمثلا ، قد يعرض

فيلم يوضح المخاطر الكبيرة لعدم تنظيف الأسنان وينتج عنه تغير درامى فى الاتجاه نحو تنظيف الأسنان ، وقد ينتج تغير فورى فى السلوك . إلا أنه بعد فترة سوف يعود الناس إلى سلوكهم السابق قبل مشاهدة الفيلم ، وهذا هو ما لوحظ بعد إعلان نتائج البحوث فى العلاقة بين التدخين والسرطان . ونجد اليوم الكثيرين من المشتغلين بعلم النفس الاجتماعى يجمعون بين أساليب تغيير الاتجاه وأساليب تعديل السلوك .

ويقرر مكىولاس (١٣ ، ص ١٢٧) نقلا عما توصل إليه باحثون مثل لندن وهوبز أنه بالرغم من إصرار عدد من المعالجين لمدة تزيد على سبعين عاما على أن إكساب العميل الاستبصار والكشف عن الدوافع وتحسين فهم الذات هو الهدف العلاجى الرئيسى ، فإن الاستبصار ليس هو سبب التغير العلاجى ، بل هو من عواقب التغير ، وأن الاستبصار أسلوب علاجى غير فعال وأنه يتعين الجمع بينه وبين تعديل السلوك أو أن يحل هذا الأخير محله .

والخلاصة ، أن غلاة السلوكيين يرون أن المناهج المعرفية قد تكون طرقا فعالة لتغيير المعرفيات ولكن يتعين الحذر من افتراض أن التغيرات المعرفية سوف تنتج تغيرات دائمة أو هامة فى السلوك (عدا السلوك الذى يستخدم لقياس المعرفيات) . ورغم أنه قد تحصل أحيانا تغيرات سلوكية إلا أن ذلك ليس أمرا غالبا . فإذا أردنا تغييرات سلوكية فإنه يتعين استخدام إجراءات تؤثر مباشرة فى السلوك أو تساند التغير ، فذلك أفضل فى تقدير مكىولاس من محاولة الحصول على هذه التغيرات بصورة غير مباشرة من خلال المعرفيات . ومن ناحية أخرى فإن تغيير السلوك ينتج عنه غالبا تغيير المعرفيات (الاتجاهات والأفكار ومفهوم الذات) حتى إذا لم تبذل محاولة لتغييرها مباشرة كما توضح بعض التجارب العلاجية ، وذلك لأن الناس يلاحظون أنفسهم . فإذا رأى شخص نفسه يتصرف تصرفا مختلفا ويعالج مشكلات لم يكن يستطيع معالجتها سابقا ، الخ . فليس من غير الشائع أن يفكر وأن يشعر بطريقة مختلفة عن ذاته وما يرتبط بذلك من المواقف والناس ، وعلى كل حال فإنه فى الواقع العملى ، طبقا لتقدير مكىولاس فإن معظم أنواع العلاج تؤثر فى كل من المعرفيات وغيرها من أنواع السلوك . ويتوقف الأمر على موضع التأكيد فى البرنامج العلاجى . وفى تقديره أنه من الأفضل اعتبار المدى الكلى لسلوك العميل والذى قد يسمى بعضه معرفيا ، وفى ضوء ارتباط أنواع السلوك معا يمكن إعداد برنامج علاجى شامل ومتكامل .

الفصل التاسع

العلاج
العقلاني - الانفعالي

تعريف :

يشير استخدام المصطلح الشامل : « العلاج المعرفى التوجه » إلى المناهج السيكولوجية المختلفة فى الشرح وفى العلاج ، والتي تشترك فى افتراض نظرى هو أن التصورات (الاعتقادات والأفكار) الخطأ المتعلمة هى المتغيرات الحاسمة التى يتعين تعديلها أو إزالتها لكى يكون العلاج ناجحاً . ومن هذه المعرفيات مثلاً أن يفرض الفرد على نفسه أو على الآخرين أو على العالم مطالب غير واقعية ، أو أن يطلب الكمال فى ذاته - ويشمل المصطلح الشامل مناهج عديدة منها : منهج ألبرت أليس فى « العلاج العقلانى - الانفعالى » ؛ ومنهج بيك فى « العلاج المعرفى » ؛ ومنهج ويسلر وهانكين Cognitive Appraisal Therapy وقد حاولا فيه الجمع بين العلاج العقلانى - الانفعالى ومكتشفات التعلم الاجتماعى وعلم النفس الاجتماعى المعرفى ؛ ومنهج كيللى ؛ ومنهج باندورا فى « التعلم الاجتماعى » ومنهج لازاروس Multi-Modal Therapy ، ومنهج ماهونى Cognitive Learning Therapy ؛ ومنهج ميشينباوم فى « تعديل السلوك المعرفى » . ولكن ويسلر وهانكين (٢٠ ، ص ١٦٠) يستبعدان من العلاج المعرفى - السلوكى المناهج التى تستخدم « المعرفية » لضبط السلوك دون أن تنسب أهمية للمعرفية فى خلق الانفعالات والسلوك . ورغم أن العلاجات المعرفية قد نشأت مستقلة عن العلاج العقلانى - الانفعالى ، إلا أن كل المناهج السابق الإشارة إليها يمكن أن تعتبر منهج أليس الفكرى رافداً أولياً من زوافدها ، وقد أظهر مسح حديث أجرى عام ١٩٨٢ (٢٠ ، ص ١٦١) أن ألبرت أليس يعتبر واحداً من اثنين هما الأكثر تأثيراً فى العلاج النفسى كما يمارس اليوم فى أمريكا (الآخر هو كارل روجرز) ، وذلك بالرغم من أن ٢٪ فقط ممن استجابوا للمسح ذكروا أنهم ينتمون إلى مدرسته . كما كان العلاج العقلانى - الانفعالى من بين المدارس العلاجية العشر الأولى الأكثر تأثيراً .

منهج أليس :

وقد مارس أليس التحليل النفسى الكلاسيكى والعلاج النفسى التحليلى لعدد من السنين فى الفترة من أواخر الأربعينات إلى أوائل الخمسينات ، ولكنه وجد أنه بالرغم من البصر الذى يكتسبه العميل ، وفهمه للأحداث فى طفولته الأولى وقدرته

على الربط بينها وبين اضطراباته الانفعالية الحاضرة ، فإنه نادرا ما يتخلص من الأعراض التي يشكو منها . وحين يتخلص منها ؛ فإنه لا يزال يحتفظ بالترعة إلى خلق أعراض جديدة . وقد توصل إليس إلى أن السبب في ذلك ليس فقط هو أن الفرد قد نشيء على أفكار لا عقلانية ، ولكن لأنه أيضا يعيد غرس هذه اللا عقلانيات في نفسه . بل إن الفرد يقاوم الضغوط الموجهة إليه في العلاج للتخلي عن هذه الأفكار . ولا يرجع ذلك في تقدير إليس إلى أنه يكره المعالج أو أنه يريد تدمير ذاته أو أنه لا زال يقاوم الصور الوالديه كما يزعم الفرويديون ، ولكنه يرجع إلى أنه ينزع إلى أن يكون مثاليا ساعيا للكمال وناقدا للذات ومتوجها نحو الآخرين ، وإلى أن الإنسان يخطيء فيعرف تفضيلاته البسيطة مثل الرغبة في الحب أو التأيد أو النجاح أو اللذة على أنها حاجات ، فيوقع نفسه بذلك في صعوبات يسميها السيكلوجيون وأطباء النفس عصابا أو ذهانا أو سيكوباتية .

النظرية :

ترى النظرية العقلانية - الانفعالية في الشخصية أن الكائن الإنساني يخلق إلى حد كبير (ولكن ليس كلية) العواقب أو الاضطرابات الانفعالية لذاته بنفسه ، وإنه يولد ولديه نزعة للقيام بذلك ، وإنه يتعلم عن طريق الإشراف الاجتماعي تقوية ودعم هذه النزعة . ولكن لدى الكائن الإنساني بالرغم من ذلك قدرة فائقة على الفهم الواضح لما يعتقد خطأ أنه سبب اضطرابه (لأن لديه موهبة فريدة للتفكير في تفكيره) ولتدريب نفسه على تغيير أو حذف المعتقدات الخترية (لأن لديه أيضا قدرة فريدة على الضبط الذاتي أو على إعادة الإشراف الذاتي) ، وإن الكائن الإنساني إذا « فكر » و « عمل » بقدر كاف لفهم ومناقضة نظم معتقداته ، فإنه يستطيع التوصل إلى تغييرات هامة مهدئة وشفافية وواقية من نزعاته المثيرة للإضطراب ، وهو إذا حصل على مساعدة للخلاص من تفكيره الملتوى وانفعاله وسلوكه غير المناسبين عن طريق معالج موجه وإيجابي يواجهه بأسلوب الحوار الفلسفي وبالواجبات المنزلية (وقد يقيم أو لا يقيم معه علاقة شخصية دافئة) فإنه يغلب أن يغير تغييرا راديكاليا معتقداته الخالقة للأعراض بقدر أكبر مما لو تعرض لمعالج يعمل طبقا للتحليل النفسي أو العلاج الوجودي أو الوجودي أو تعديل السلوك (٦) .

ويضرب إليس مثالا لذلك بالفرد الذى يعانى من مشكلات انفعالية حادة ، فهو لا يعتقد فقط أنه من غير المرغوب فيه أن ينبذه حبيب من الجنس الآخر ، بل إنه يعتقد أن ذلك شيء فظيع لا يستطيع تحمله وأنه لا يجب أن ينبذ ، وأنه لن يقبل أبدا من جانب حبيب وأنه شخص لا قيمة له لأنه منبوذ وأنه يستحق اللعنة لتفاهته . وبالطبع ، فإن كل هذه الفرضيات الشائعة لا تستند إلى مرجع امبيريقى ويمكن دحضها من قبل عالم يستحق هذا اللقب ، هو المعالج العقلاني - الانفعالي الذى يكشف زيف الفروض التى يتمسك بها عميله .

وفى ضوء النظرية التى يسميها إليس نظرية ABC ، فإنه حين تتبع عاقبة مشحونة إنفعالياً لدرجة عالية (C) emotional behavioral consequence حدثا منشطا له دلالة (A) activating event ، فإن (A) قد يبدو أنه السبب فى العاقبة ، ولكنه ليس كذلك حقيقة . فالعواقب الانفعالية 'يخلقها إلى حد كبير النظام العقائدى للفرد (B) belief system . ولذلك فإنه حين تحدث عاقبة غير مرغوبة مثل قلق حاد ، فإن ذلك يمكن عادة إرجاعه إلى المعتقدات اللاعقلانية للفرد . وحين تواجه هذه المعتقدات تحديا عقلانيا فعلا عند النقطة المختلف عليها (D) disputed ، فإن العواقب المزعجة المضطربة تختفى ، ولن ترجع ، وفى إطار هذه النظرية ، فإن « البصر » السيكولوجى المعتاد لا ينتج تغييرا رئيسيا فى الشخصية ، حيث أنه فى أحسن الأحوال يساعد الفرد على إدراك أن لديه مشكلة انفعالية وأن هذه المشكلة لها أسباب دينامية سابقة يفترض أنها تكمن فى خبرات الطفولة . ولكن هذا النوع من البصر مضلل إلى حد كبير ، لأن الأحداث المنشطة (A) فى حياة الفرد السابقة ليست هى السبب فى العواقب الانفعالية المضطربة وظيفيا (C) ، والأهم منها بكثير نزعته (الموروثة والمكتسبة) إلى تفسير هذه الأحداث تفسيرا غير واقعى ، ولذلك فإنه تتكون لديه معتقدات لا عقلانية (B) عنها . والسبب الحقيقى لاضطراباته الانفعالية هو « ذاته » وليس « ما يحدث له » (حتى إذا كانت خبرات حياته لها بوضوح بعض التأثير على ما يفكر وما يشعر به) .

ويوضح إليس (٤ ، ص ٣٨٨) نظرية ABC مستعينا بالمثال التالى : رجل قضى يوما سيئا جدا فى العمل . فقد وصل متأخرا إلى مقر عمله وكان قد نسى مفاتيح مكتبه ، وسقط من يده فنجان القهوة على سطح مكتبه ، ونسى موعدى

عمل هامين . قد يفكر : « لقد كان عملي سيئا جدا اليوم » ، وهو على حق في هذا ، وذلك هو ما يسميه إليس « الحدث المنشط » (A) أى حدث غير مرغوب يعث على الضيق . ثم هو يقول لنفسه بعد ذلك : « هذا أمر فظيع ، وإذا لم أصلح أمرى فسوف أفصل من عملي وهذا هو ما استحقته لتفاهتى » . وتعكس هذه الأفكار نظام معتقدات الشخص (B) . وينتج عنها ، أو هي تفسر ، العواقب الانفعالية (C) والتي تتمثل في القلق والاكتئاب والشعور بالتفاهة . وطبقا لنظرية ABC ، فإن المشكلات السيكلولوجية لا تنتج عن ضغوط خارجية ولكن عن أفكار لا عقلانية يتمسك بها الشخص وتؤدي به إلى أن يملئ رغبته ويصر على الاستجابة لها كي يكون سعيدا . وتتمثل مهمة العلاج العقلاني - الانفعالي في مهاجمة هذه الاعتقادات اللا عقلانية واللا واقعية والمؤذية للذات وعلى تعليم العميل أنماط تفكير أكثر عقلانية ومنطقية .

ويهدف العلاج العقلاني - الانفعالي إلى إكساب المريض البصر على ثلاثة مراحل (أو أنواع) هي : أولاً : فهم ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب سابقة تكمن أساسا في معتقدات الشخص وليس في إطار أحداث منشطة حاضرة أو في الماضي ؛ وثانيا : أن يفهم المريض أنه بالرغم من أنه كان مضطربا انفعاليا (أو بوجه أدق جعل نفسه مضطربا) في الماضي ، إلا أنه مضطرب الآن أيضا لأنه لا زال يفرض على نفسه نفس النوع من المعتقدات الخاطئة . وإنه لا زال يدعمها بنشاط في الحاضر عن طريق تفكيره المختلط وأفعاله اللا عقلانية (أو لا أفعاله) فإذا لم يعترف المريض اعترافا كاملا في هذا النوع الثاني من البصر بمسؤوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللا عقلانية ومواجهتها ، فإنه من غير المحتمل أن يحاول الخلاص منها ، والنوع الثالث (أو المرحلة الثالثة) من البصر هو اعتراف العميل بوضوح تام أنه نظرا لأن نزعته هو للتفكير المتوترى هي التي خلقت اضطرابه الانفعالي في المحل الأول ، وأنه نظرا لاستمرار فرضه هذه المعتقدات والعادات وهي التي تبقى على تفكيره اللا عقلاني ، فإن تصحيح هذه المعتقدات اللا عقلانية والاستمرار في تصحيحها يتطلب عملا صعبا ومرانا جادا مستمرا وعليه أن يعترف أن النوعين الأولين من البصر ليسا كافيين وأن تأثيرهما سيكون وقتيا فقط .

فمثلا في حالات القلق ، يقال للعميل شيء قريب مما يلي : (٢٠ ، ص ١٦٩)
« يحدث القلق حين تعرف شيئا على أنه مهدد لك أو أنه يحمل خطرا كما لنا لك بدنيا
وسيكولوجيا ، أو لشخص أو لشيء آخر تتوحد معه ، والآن ما هي الأحداث
الخطرة أو المهددة التي تتوقعها ؟ وما الذي يبدو خطرا أو تهديدا لك ؟ » . ويميز
إليس عادة بين نوعين من القلق : قلق الأنا وقلق عدم الارتياح discomfort . ففي
قلق الأنا يهدد تقدير الذات أو تقبل الذات . وهو ينتج عن توقع أحداث تؤدي
بالفرد إلى المبالغة في التقديرات السلبية للذات في صورة قلق . أما قلق عدم الارتياح
فهو الخوف من عدم الارتياح بما في ذلك الإزعاج والخبرة الانفعالية القوية والملل ،
الخ . وأي قلق قد يشمل المكونين - ويغلب أن يكون قلق عدم الارتياح هو المكون
الذي يعوق التقدم العلاجي ، أما النموذج المصغر للاكتئاب ، فهو يبدأ بملاحظات أو
صور عن فقدان حقيقى أو فرضى أو متوقع يقيم بعد ذلك على أنه بالغ السلبية . وقد
يكون فقدان أمرا مرتبطا بالشخص نفسه أو بمن يتوحد معه مثل الناس والأسباب
والممتلكات أو تقدير الذات . وتبرز موضوعات اليأس والعجز حين يفكر الفرد في
الفقدان بوصفه دائما أو غير قابل للتعويض . أى أن هذه الموضوعات تتبع الأفكار
عن نقص في الكفاءة الشخصية أو في القدرة على تعويض الفقدان أو علاج الموقف .
فإذا ركز الشخص على نقص كفاءته الشخصية وإذا اتهم نفسه بأنه سبب الفقدان ،
فإن الناتج يكون اكتئاب الأنا (وهو شبيه بقلق الأنا) . وإذا انحط الشخص في
مشاعر الحرمان ورتاء الذات ، فإن اكتابا من نوع عدم الارتياح يحدث ، وعن
طريق استخدام هذه النماذج المصغرة يمكن القيام بتخمينات أو افتراضات معقولة عن
« معرفيات » العميل حين لا يستطيع العميل تبينها بسهولة . وعن طريق النظر إلى
تقويمات الشخص للأمر بوصفها قواعد حياتية ، فإن المشكلات الكامنة يمكن
الكشف عنها . فمثلا ، إذا عرف الناس المال بوصفه شرطا لقيمة الذات ، ولم يعتبروا
أبدا أنهم قد لا يكون لديهم المال في وقت ما في المستقبل ، فإنهم قد لا يقدررون أنهم
يحملون مشكلة قلق - اكتئاب كامنة . وعن طريق فهم القواعد الحياتية الشخصية
يمكن للمعالج أن يقدم للعميل خدمة وقائية وأن يعالج مشكلاته الحالية .

وتستند النظرية العقلانية - الانفعالية في الشخصية إلى :

(أ) أسس فسيولوجية : فتفترض أن الإنسان يولد ومعه نزعة قوية إلى أن يريد
وأن يصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه في حياته ، وأنه إذا لم يحصل

فورا على ما يريد ، فإنه يلعب ذاته والآخرين والعالم . وتبعاً لذلك فهو يفكر « طفلياً » (أو إنسانياً) طول حياته ، وهو يكون قادراً على تحقيق سلوك ناضج أو واقعي فقط بصعوبة بالغة .

(ب) اعتبار أهمية الجوانب الاجتماعية للشخصية ، ترى النظرية أن النضج الانفعالي

هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الاهتمام بها . ذلك أنه إذا كان هذا الاهتمام كبيراً جداً أو قليلاً جداً ، فإن الفرد سوف ينزع إلى أن يخذل مصلحته وأن يسلك بصورة اجتماعية معادية . ولكنه إذا تقبل الحقيقة الواضحة وهي أنه من المرغوب فيه ولكن ليس من الضروري أن يكون علاقة طيبة مع الآخرين ، فإنه سوف ينزع إلى أن يكون صحيحاً إنفعالياً .

(ج) الجوانب السيكولوجية والتي تتلخص في نظرية ABC وإصرار الفرد

اللاعقلاني على « يجب » و « يتعين » و « يتحتم » على أن تكون الأمور مختلفة عن الطريقة التي تكون بها وهي أفكار خارج مجال الصدق الأمبريقي . ونتيجة لذلك ، يقع كثير من الناس فريسة للاضطراب والفرد يعلم أن الاضطراب الانفعالي أمر غير مرغوب ولن يجد من يسانده ، ولذلك فهو يحاول العواقب الانفعالية (C) أو الأعراض إلى حدث منشط آخر (A) . فمثلاً ، قد لا يرضى الفرد بداية عن أدائه في عمله (B) ويعتقد أن ذلك أمر فظيع وأنه حقير وفاشل ، ثم ينتهي إلى مشاعر قلق وتفاهة واكتئاب (C) ، ثم يبدأ من جديد الشعور بالقلق والتفاهة والاكتئاب (A) وينتهي إلى مشاعر أشد . الخ . أي أن الفرد يصبح قلقاً أو يجعل نفسه قلقاً لكونه قلقاً . وحين يصبح مكتئباً فإنه يجعل نفسه مكتئباً لكونه مكتئباً . وهكذا يدور في حلقة مفرغة ، تتضمن : (١) إتهام الفرد لذاته لأدائه الرديء في شيء ما ؛ (٢) الشعور بالذنب أو الاكتئاب بسبب عدم رضائه عن نفسه ؛ (٣) إتهام الذات للشعور بالذنب والاكتئاب ؛ (٤) إتهام الذات لاتهامه لذاته ؛ (٥) إتهامه لذاته لمعرفة بأنه يتهم ذاته ولعدم توقفه عن اتهامه لذاته ، (٦) اتهامه لذاته لطلب العلاج النفسي وعدم تحسنه رغماً عن ذلك ؛ (٧) اتهامه لذاته لكونه أصبح أكثر اضطراباً عن الآخرين ؛ (٨) يخلص الفرد إلى أنه لا خلاص من اضطرابه وأنه لا يمكن عمل شيء للخلاص ، الخ .. ولا يهم في هذا المجال الموضوع الأصلي الذي يتهم الشخص ذاته بشأنه أو يتهم الآخرين بسببه حيث أن الحدث المنشط

(A) ليس في الحقيقة ذا أهمية كبيرة . وينزع الفرد في النهاية إلى الانزلاق في سلسلة من استجابات الاضطرابات ترتبط بصورة ملتوية فقط بالأحداث الصدمية في حياته . وهذا هو في تقدير إليس (٦) السبب في فشل التحليل النفسي لتأكيد على هذه الأحداث الصدمية بدلا من اتجاه الفرد نحو هذه الأحداث . وهو الاتجاه الذى يتمثل في اتهامه لذاته . ولذلك تفشل هذه المدارس في علاج الشخص من قلقه حول قلقه . وكذلك تركز معظم المدارس العلاجية الأخرى إما على الأحداث المنشطة (A) في حياة الفرد ، أو تركز على العواقب الانفعالية (C) التى يخبرها الفرد بعد وقوع هذه الأحداث . وذلك هو نفسه عين الخطأ فيما يفعله الفرد ، أى التركيز الزائد على (A) أو (C) أو على كليهما ، وعدم الاهتمام بنظام المعتقدات لديه (B) وهو في تقدير إليس العامل الحيوى في خلق أعراضه .

وحتى إذا افترضنا فضلا عن ذلك أن الأحداث المنشطة في حياة الفرد والعواقب الانفعالية التى يحسها بعد وقوعها هى عواقب هامة في سلسلة الخبرات التى نسميها اضطراباته ، فإنه لا يوجد الكثير مما يمكن فعله إذا تركزت الجهود العلاجية على (A) ، (C) . فالأحداث المنشطة تنتمى إلى الماضى في الوقت الذى نرى فيه العميل . فمثلا ، ربما تعرض العميل من عدة سنين للنقد من جانب والديه ، أو هجرته زوجته أو طرد من عمله . وليس هناك شىء يستطيع المعالج القيام به لتغيير هذه الأحداث السابقة . وبالنسبة للأعراض الانفعالية الحاضرة للعميل ، فإنه كلما زاد التركيز عليها كلما زاد شعوره سوءا ، فهو الآن شديد القلق ، وإذا ظللنا نتحدث عن قلقه وجعلناه يعيد خبرة هذه المشاعر في الجلسة العلاجية ، فإنه سوف يزداد قلقا . والنقطة الوحيدة التى يزداد احتمال النجاح فيها علاجيا هى وقف عملية الاضطراب وجعل العميل يركز على نظام معتقداته الخالق للقلق وذلك عند النقطة (B) فإذا أحس العميل بالقلق مثلا خلال الجلسة العلاجية وركز المعالج على هذه المشاعر عند النقطة (C) وطمأنه العميل بأنه لا يوجد ما يدعو للقلق ، فإن هذا الأخير قد يزداد قلقا أو قد يحقق حلا مهدئا لمشكلته عن طريق اقناع نفسه على نحو قريب مما يلى : « إننى أخشى أن أتصرف تصرفا غير ملائم الآن هنا ، ولكن ذلك لن يكون شيئا فظيحا ، لأن هذا المعالج سوف يتقبلنى على أى حال » . وقد يركز المعالج على الأحداث المنشطة في حياة العميل والتي يفترض أنها تجعله قلقا ، وذلك عن طريق

أن يظهر له مثلا أن أمه كانت عادة تبرز عجزه عن أن يترك انطبعا طيبا لدى الآخرين ، أو أنه كان دائما يخشى أن ينقده المدرسون لضعفه في الاستذكار ، وأنه لازال يخشى التحدث إلى نماذج السلطة الذين قد لا يساندونه ، وأنه بسبب كل هذه المخاوف السابقة والحاضرة في مواقف A1, A2, ... An فهو الآن قلق مع المعالج . وحينئذ قد يقنع العميل نفسه « الآن يمكن أن أرى أنى قلق بصفة عامة حين أواجه نماذج السلطة ، ولذلك فليس غريبا أن أكون قلقا حتى مع المعالج » . وحينئذ قد يحس أنه أحسن حالا ويتحرر مؤقتا من قلقه .. ولكن إليس يرى أنه من الأفضل كثيرا أن يظهر المعالج للعميل أنه كان قلقا حين كان طفلا ، وأنه لا زال قلقا مع النماذج المختلفة للسلطة ليس بسبب إنهم يملكون السلطة عليا عند النقطة (A) ولكن لأنه كان يعتقد دائما ولا يزال بأنه أمر فظيخ أن لا يحصل على تأييد نماذج السلطة له ، وأن عدم التأييد سوف يجعل منه شيئا تافها وأنه سوف يقضى عليه إذا أنتقد . وحينئذ فإن العميل ينزع إلى فعل شيئين : (1) سوف يبعد عن النقد الكامن أو الفعلي له من قبل نموذج سلطة (A) ومن شعوره الذاتي بالقلق (C) ويتجه إلى اعتبار نظام معتقداته اللاعقلاني (B) . وسوف يساعد هذا الابتعاد بصورة مهدئة على أن يصبح غير قلق . ويحتمل أن يتم ذلك حالا ، لأنه حين يركز على « ما الذى أقوله لنفسى عند النقطة (B) لأجعل نفسى قلقا ؟ » فإنه سوف يصعب عليه أن يركز على الفكرة غير المجدية والهادمة للذات « سوف يكون أمرا فظيخا أن أقول شيئا غبيا للمعالج وألا يوافق على ما أقول » ؛ (2) سوف يبدأ - وربما لأول مرة في حياته) فى أن يتحدى بصورة إيجابية عند النقطة (C) معتقداته اللاعقلانية المثيرة للقلق ، وسوف يغيرها مؤقتا على النحو التالى : « سوف يكون من سوء الحظ إذا قلت شيئا غبيا للمعالج وإذا لم يوافق على ما أقوله ، ولكن ذلك لن يكون أمرا فظيخا أو كارثة » . وفوق ذلك ، فإن العميل سوف ينزع إلى أن يكون أقل التزاما بهذه المعتقدات اللاعقلانية فى المرة التالية التى يكون فيها مع نموذج سلطة ويخاطر بقبول شيء قد يكون محل نقد من هذا النموذج : وبذلك فإنه عن طريق جعل المعالج يركز على (B) بدلا من (A) ، (C) سوف يحصل على نتائج شافية وواقية بدلا من النتائج المهدئة لقلقه .

وفى تقدير إليس أن معظم الأساليب العلاجية مثل التداعى الحر وإعادة التعبير عن المشاعر تفشل فى تحرير الفرد من الأعراض الباثولوجية لأنها نتاج تعلم بيولوجى - اجتماعى عميق الجذور ، وقد يساعد الدفء والتأييد والإيحاء ، العميل على

أن يعيش « سعيدا » مع أفكار غير واقعية ، ولكنها نادرا ما تحرر الفرد من الأفكار اللا عقلانية . ويسهم التفريغ الانفعالي غالبا في مساعدة الفرد على أن يخبر مشاعر أحسن بالرغم من مطالبه غير الواقعية ، ولكنه ينزع إلى دعم هذه المطالب بدلا من التحرر منها . وقد يخفف « التخلص التدريجي من الحساسية » أحيانا من قلق الفرد ومخاوفه ولكنها لا تحرره من الفلسفات الكامنة وراء قلقه ومخاوفه . وقد وجد إليس منذ الأيام الأولى في تاريخ العلاج العقلاني - الانفعالي أنه لكي يساعد المريض على التحرر من النزعة إلى خلق اللاعقلانيات ، فإنه يتعين القيام بهجوم نشط موجه معرفي - انفعالي - سلوكي على النظم الرئيسية للقيم الخاذلة للذات ، وهو هجوم ليس موجها ضد العميل ولكنه موجه ضد معتقداته غير الواقعية . ويؤكد إليس أن جوهر العلاج العقلاني - الانفعالي هو التقبل الكامل للعميل بوصفه فردا مع حملة صامدة لا ترحم توجه ضد أفكاره وسماته وأدائه الهازمة للذات ، وأن الشعار هو : « نحن نحترم الفرد ولكننا لا نحترم أفكاره » (٦ ، ص ١٦٩) . ويقرر إليس أنه نتيجة لتخليه عن منهج التحليل النفسي وتبنيه لمنهج فلسفي أكثر من أن يكون منهجا سيكولوجيا ، في مناقشاته لمشكلات العميل ، ودفعه له ليعمل بنشاط ضد أفكاره الرئيسية اللا عقلانية ، وجد أنه استطاع الحصول على نتائج أحسن بكثير ، كما حقق غيره من المعالجين نتائج طيبة في أسابيع قليلة بدلا من الشهور والسنين وبالرغم من خطورة المشكلات وصمودها لمدد طويلة .

ويرجع إليس الأصول الفلسفية للعلاج العقلاني - الانفعالي إلى الفلاسفة الأوائل من أمثال إبيكتيتس وسينيكا وسيسرو ، وكذلك من نهج نهجهم مثل سبينوزا وبرتtrand راسل . وقد عبّر شكسبير عن هذه النظرية بقوله في هاملت « ليس هناك خير أو شر ، ولكن التفكير هو الذي يجعل الشيء خيرا أو شرا » . وقد لاحظ فرويد في أعماله الأولى مع برويه أن « عددا كبيرا من الظواهر المستيرية يحتمل أن تكون فكرية الأصل » ؛ إلا أنه في أعماله التالية كان يتحدث غالبا عن العمليات الانفعالية حديثا غامضا يتضمن أنها توجد منفصلة تماما عن الفكر . ويعتبر إليس أن أدلر هو المروج الرئيسي للعلاج العقلاني - الانفعالي ، فهو الذي يقول أن « سلوك الشخص ينبع من أفكاره » و « يحدد اتجاه الشخص نحو الحياة علاقته بالعالم الخارجي » . ولا تتفق نظرية ABC مع نظرة السلوكية الإيثودكسية « المنبه يسبب الاستجابة » فهي ترى أن الكائن يتدخل بين المنبه والاستجابة . ولذلك فإن كل

استجابات الإنسان تتأثر برد فعل الكائن لأفعال المنبه . وقد عبر آدلر عن نظرية ABC أو « المنبه - الكائن - الاستجابة » تعبيراً جيداً حين قال : « الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل ، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نجعل منها ما يلائم أغراضنا ، ونحن محدودون ذاتياً بواسطة الممانى التي نخلعها على خبراتنا . ويرى إليس أن الكثيرين قد مارسوا ما هو قريب جداً من العلاج العقلاني - الانفعالي في مراحل مبكرة ، ومنهم دييوا وهرزبرج (فيما يسمى بلغة هذه المدرسة « الواجبات المنزلية ») ، وبرنهايم ، إوسليتر ، وثورن ، ودولارد وميللر ، وشتيكل ، وولبرج وذلك بالرغم من انتابهم رسمياً لمدارس تحمل عناوين أخرى . وكذلك فعل إيريك بيرن وجروم فرانك وجورج كيللي وجوليان روتر وجوزيف فولبي .

وقد أسس إليس معهد الحياة العقلانية Institute of Rational Living Inc. وهو مؤسسة علمية تربوية لا تهدف إلى الربح عام ١٩٥٩ لتعليم أسس الحياة العقلانية . وفي عام ١٩٦٨ أسس معهد الدراسات العالية في العلاج النفسي العقلاني ، وهو معهد للتدريب صدر بتأسيسه قانون من أوصياء جامعة ولاية نيويورك . ويقوم هذان المعهدان ومقرهما في نيويورك ، ولهما فروع في عدة مدن أمريكية وغير أمريكية بأنشطة لنشر المنهج العقلاني - الانفعالي تشمل : مناهج لتعليم الراشدين أسس الحياة العقلانية ، وبرامج للدراسات العالية بعد الدكتوراه لمدة عام أو عامين للتدريب على طرق العلاج النفسي - العقلاني الانفعالي للاخصائيين النفسيين وللأطباء النفسيين وغيرهم ، وعيادة متوسطة الأجر للأفراد الذين يطلبون العلاج الفردي أو الجماعي ، وحلقات بحث خاصة وفترات امتياز للتدريب العملي المركز كل عام للمهنيين في أنحاء مختلفة من الولايات المتحدة الأمريكية تعقد غالباً مع فترات انعقاد المؤتمرات العلمية ، ومدرسة الحياة The Living School وهي مدرسة خاصة للأطفال العاديين تطبق فيها بصورة وقائية أسس علم النفس العقلاني - الانفعالي جنباً إلى جنب مع الدراسة الأكاديمية ، وأخيراً نشر المطبوعات والدوريات عن العلاج العقلاني - الانفعالي ومنها مجلة Rational Living . وقد نشر عدد غير قليل من البحوث التي توضح فعالية المنهج في فئات اكلينيكية متنوعة والكثير منها دراسات تجريبية مضبوطة ، كما أن بعضها موجه إلى التحقق بالدليل الاحصائي من صدق الفرضية الرئيسية في العلاج العقلاني - الانفعالي وهي أن العواقب الانفعالية لا تسببها أحداث منشطة ولكن تسببها نظم عقائدية معرفية وسيطة ؛ وإثبات أنه حين يعطى

الأفراد اقتراحات عيانية معينة تتصل بالتغيرات السلوكية مع التنويم المغناطيسى أو بدونه ، فإنهم يعدلون سلوكهم تعديلا ملحوظا وهاما . وتقدم مجموعة أخرى من الدراسات التجريبية الدليل على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط ارتباطا دالا بأفكار لا عقلانية معينة ، وأن الواجبات المنزلية (وهي جزء متكامل من اجراءات العلاج العقلانى - الانفعالى) تكون عادة أكثر فعالية في تحقيق تغير في الشخصية من الأنواع السلبية من إزالة الحساسية مثل تلك التى يستخدمها فولبى وأتباعه . كما أن فعالية الواجبات المنزلية الحقيقية والفعالية وليست المتخيلة قد أثبت صدقها تجريبيا عدد من الدراسات .

العلاج العقلانى - الانفعالى

أهداف ونظرية العلاج العقلانى - الانفعالى :

لا تختلف أهداف العلاج العقلانى - الانفعالى عن أهداف العلاج النفسى بعامة . وهى تشمل : الإقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال اللااتواؤمية ، والإقلال من الاضطرابات العصابية وحل مشكلات الحياة . ويعتبر بعض المعالجين ومنهم ريمى أن التغير المعرفى هو هدف العلاج وأن التغيرات الوجدانية والسلوكية سوف تتبع التغير المعرفى . إلا أن فريقا آخر يرى أن التغير المعرفى هو هدف فرعى أو هو وسيلة لغاية هى التغير الوجدانى والسلوكى . وتسعى العلاجات المعرفية التوجه إلى قدر من المساعدة الذاتية بوصفها هدفا للعلاج . أى أن يتعلم الأفراد تعديل حالاتهم المزاجية وسلوكهم اللا تواءمى حتى بعد انتهاء العلاج . ويعتبر إليس أن العلاج العقلانى - الانفعالى هو إعادة بناء الفرد لفلسفته فى الحياة بصورة شاملة وأن ذلك هو الحل « الذكى » للمشكلات الإنسانية . أما الحل غير الذكى فإنه يتضمن تعديل معرفيات معينة أى ما هو أقل من تغير فلسفى شامل . وتشمل الفلسفة الجديدة فى الحياة : (١) رغبات لا تثقل على الفرد ؛ (٢) تقبل للذات دون شروط ؛ (٣) اتجاهات غير معادية وغير ناقدة للآخرين ؛ (٤) تقبل قوى للواقع الذى لا يمكن للفرد تغييره ؛ (٥) تسامح وتساهل دون شكوى من إحباط أو حرمان أو ضيق ؛ (٦) إرادة العمل لتحسين ظروف حياة الفرد لزيادة متعته الشخصية .

وطبقا لنظرية إليس فإن الاضطراب الانفعالى يحدث حين يصر الفرد أو يطلب أو يملئ أنه يتعين أن يحقق رغباته كأن يصر مثلا على أن ينجح فى عمل هام وأن يحصل

على تأييد الآخرين الهامين بالنسبة له وأن يعامله الآخرون معاملة عادلة خلقية وأن يكون العالم أكثر مجلبة للسرور . فإذا كانت طلبات الفرد (وليست رغباته) هي التي توقعه في المتاعب الانفعالية ، فإنه يمكن التخفيف من الألم الناتج بعدة طرق بعضها ذكي والبعض الآخر غير ذكي . ومن هذه الطرق (٦) :

التحويل : Diversion : يمكن تحويل اهتمام الطفل بشيء عن طريق إعطائه قطعة حلوى مثلا ، وكذلك يمكن تحويل اهتمامات من يطالبون بشيء تحويلا مؤقتا . فالمعالج مثلا في تعامله مع عميل ممن يحسون بخوف شديد من أن ينبذه أو يرفضه الآخرون (أى يتطلب أن يتقبله الآخرون) يمكنه أن يحاول ترتيب الأمور بحيث يتحول اهتمام عميله إلى أنشطة العمل أو الرياضة أو الخلق الفنى أو القضايا السياسية أو تدريبات اليوجا أو التأمل أو الانشغال الزائد بأحداث طفولته أو كراهية والديه أو الآخرين ، الخ .. فإذا تحول اهتمام الفرد إلى بعض هذه الأمور ، فإنه سوف لن يجد الوقت الكافى أو الطاقة الكافية أو الميل لأن يتطلب التقبل من الآخرين أو أن يجعل نفسه قلقا - إلا أن مثل هذه التحولات لها تأثيرات مؤقتة ، حيث أن الفرد لازال في ياطنه متطلبا والأغلب أنه بمجرد أن ينقطع اهتمامه بما تحول إليه ، فإنه سوف يرجع إلى إملاعات الطفولة مرة أخرى .

إشباع المطالب : Satisfying Demands : إذا اشبعت طلبات الطفل المدلل باستمرار ، فإنه يندر أن ينزعج ظاهريا ، وإذا حظيت طلبات الراشد غير الواقعية بالقبول المستمر ، فإنه سوف يشعر بأنه أحسن حالا (ولو أن ذلك لا يعنى بالضرورة أن يصبح أحسن حالا) ولترتيب هذا النوع من الحلول ، يمكن للمعالج أن يمنح عميله الحب والتأييد ، وأن يمدّه بالإحساسات السارة ، كأن يلحقه مثلا بجماعة لقاء مواجه حيث يحتضنه الآخرون أو حيث يدلل ، وأن يعلمه طرق للتجاح في الحصول على طلباته أو أن يطمئنه على أنه سوف يحصل على طلباته الخ .. ومن المحقق أن الكثير من العملاء سوف يخبرون مشاعر أطيبت نتيجة لمثل هذه المعاملة ولكن أغلبهم سوف تدعم لديهم بدلا من أن تقل هذه المطالب .

السحر : Magic : يمكن غالبا - على حد قول إليس - إرضاء الطفل الذى يصر على أن يحصل على ما يريد ، وهو غير قادر في الواقع على تحقيق مطالبه ، وذلك

عن طريق إيهام أمه له بأن له « أما من الجان » سوف تحقق له مطالبه ، أو عن طريق أن يخلق لنفسه شخصا سحريا يخف لمساعدته . وكذلك يمكن إيهام المراهق والراشد ممن يصرون على طلباتهم عن طريق المعالج أو غيره بأن قوة خارقة سوف تساعدهم وأنهم إذا كانوا مرفوضين من قبل البعض فإنهم أفضل من هذا البعض ولذلك فإنه يمكنهم تحمل هذا الرفض . كما يمكن إيهامهم بأن المعالج سوف يريهم من متاعبهم بمجرد إخباره بما يعانون منه الخ . مثل هذه الحلول السحرية قد تؤدي فعلا إلى شعور بأنه أحسن حالا وإلى التخفف من أعراضه ، ولكن فعاليتها لا تمتد لأكثر من وقت محدود وغالبا ما تنتهى بالارتباك والخلط وأحيانا بالانتحار !

التخلي عن المطالبة : Giving up Demandingness : أذكى الحلول لمشكلة الإصرار اللا عقلاني على طلبات معينة وما يعقبا من اضطراب انفعالي هو في رأى إليس إقناع الفرد بأن يكون أقل إصرارا ، وذلك هو ما يحدث للطفل السوى حين ينضج ، فهو يصبح أقل طفلية وأقل إصرارا على أنه يتعين أن يشبع رغباته فوريا . وهذا هو ما يحاول المعالج العقلاني إقناع عميله به : أى أقل حد ممكن من المطالبة ، وأقصى حد من تحمل ذاته والآخريين والاحباطات التي يفرضها العالم من حوله . وقد يلجأ المعالج العقلاني - الانفعالي أحيانا إلى « حلول » علاجية مؤقتة مثل التحويل وإشباع « حاجات » العميل أو حتى « السحر » في حالات نادرة جدا . ولكنه إذا فعل ذلك فإنه يدرك شعوريا أن هذه الحلول مؤقتة وذات فعالية منخفضة وأنها تستخدم أساسا مع عميل لا تتاح فرصة على الإطلاق لتقبله حلولا أكثر دواما وأنجح علاجاً . وفي العلاج العقلاني - الانفعالي ، فإن المعالج يحاول مساعدة عميله على الاقلال إلى أقصى حد ممكن من فلسفته الدكتاتورية الدوجماتية المطلقة وذلك بثلاث طرق : معرفية وانفعالية وسلوكية .

العلاج المعرفي : Cognitive Therapy : يسعى هذا العلاج إلى أن يظهر للفرد أنه من الأفضل له أن يتخلى عن « طلب الكمال » perfectionism إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة ووجودا أقل مجلبة للقلق ، كما يعلم العلاج المعرفي العميل كيف يفصل بين معتقداته العقلانية (غير المطلقة) من معتقداته اللا عقلانية (المطلقة) ، وكيف يستخدم الطريقة المنطقية - الامبيريقية في العلم بالنسبة لذاته ولمشكلاته ، وكيف يتقبل الواقع ، حتى إذا كان كحيميا . ويفترض العلاج المعرفي أن العميل يمكن أن

يفكر حول تفكيره ، بل يمكن أن يفكر حول تفكيره في تفكيره . وبالتالي ، فإن ذلك يساعده على صقل عملياته المعرفية . والعلاج المعرفي يقدم المعلومات والشرح وهو جدلي وموجه إلى مساعدة الفرد الذى يعانى من اضطرابات انفعالية على أن يفلسف بفعالية أكثر وبذلك لا يخلق هذه الاضطرابات . والعلاج المعرفي لا يمد فقط الحوار السقراطى بين فرد وفرد إلى الحوار بين المعالج والعميل ، ولكنه في العلاج الجماعى يشجع أيضا الأعضاء الآخرين في الجماعة على مناقشة العميل الذى يفكر تفكيرا غير فعال ومجادلته وشرح الأمور له ويستخدم غالبا مختلف الأنواع الأخرى من المعينات التعليمية وأساليب تشجيع التفكير مثل النشرات والكتب والتسجيلات الصوتية وأشرطة الفيديو . الخ ، والعلاج المعرفي مضاد للشعور بأن الموقف يمثل كارثة ويدعو العميل إلى التفكير بأنه حتى لو ساءت الأمور إلى أقصى حد ، فإن الأمر لن يكون كارثة كما يصوره لنفسه .

العلاج الانفعالي - الاظهارى : Emotive-Evocative Therapy : وهو

يستخدم للمساعدة في تغيير قيم العميل المحورية ويستعين بوسائل مختلفة للمبالغة الدرامية في إظهار الحقائق والأكاذيب كى يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح . وهكذا يستطيع المعالج استخدام : (١) لعب الأدوار كى يظهر للعميل أفكاره الخاطئة وكيف تؤثر في علاقاته مع الآخرين ؛ (٢) التمدجة كى يظهر للعميل كيف يتبنى قيما مختلفة ؛ (٣) الفكاهة كى يظهر للعميل سخافة الأفكار التى تستثير اضطرابه ؛ (٤) التقبل غير المشروط للعميل كى يظهر له أنه مقبول بالرغم من سماته الحالية ، وأنه يمكنه أن يتقبل ذاته تقبلا كاملا كما يتقبله المعالج ؛ (٥) حث العميل وإنذاره لإقناعه بالتخلي عن تفكيره الجنونى واستبداله بأفكار أكثر جدوى .. وكذلك يمكن للمعالج - إما فرديا أو في موقف جماعى - أن يشجع العميل على المخاطرة ، كأن يذكر لعضو آخر في الجماعة فكرته عنه ، فيظهر له أن ذلك لا يشكل مخاطرة كبرى . وقد يشجعه أيضا على الكشف عن ذاته كأن يذكر بعض التفاصيل عن نزعاته الجنسية المثلية أو عن العنة الجنسية التى يعانى منها ، وعلى أن يقنع نفسه بأن الآخرين يمكنهم تقبله بالرغم من نقائصه ، وأن يحس بمشاعره « المثيرة للخجل » (مثل العدوانية والعداوة) ويحث يستطيع أن يتنبه خلال العلاج الفردى أو الجماعى إلى حقيقة الأشياء التى يذكرها لنفسه لخلق هذه المشاعر . وقد يستخدم المعالج بعض الأساليب التى توفر قدرا من اللذة مثل الوعى الحسى واحتضانه من قبل عضو آخر في

الجماعة ، وذلك ليس لإشباع المطالب اللا عقلانية للعميل إشباعا فوريا ، ولكن لكي يظهر له أنه قادر على القيام بأفعال كثيرة تبعث على اللذة ، والتي يظن خطأ أنه لا يمكنه القيام بها ، وأيضا لكي يوضح له أنه يمكنه السعي دون شعور بالذنب وراء اللذة لمجرد اللذة حتى إذا اعتقد الأعضاء الآخرون في جماعته الاجتماعية أنه من غير اللائق القيام بها .

طرق العلاج السلوكي : ويمكن استخدامها لمساعدة العميل على تغيير أعراضه غير المجدية ، وللتعود على طرق الأداء الأكثر فعالية ، ولمساعدته على التغيير الجذري لمعرفياته عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم . فمثلا ، يمكن التخفيف من إصرار العميل على الأداء الكامل وعدم الفشل عن طريق إعطائه واجبات لأدائها إما خلال الجلسة العلاجية أو في المنزل .

وهي تشتمل عادة على أن يطلب من العميل التصرف بطرق لا تتسق مع معرفياته أو تقويماته أو كليهما ، وذلك لاستثارة تنافر أو عدم اتساق بين المكونات المعرفية والوجدانية ومكونات الفعل . ذلك أنه في إطار نظرية الاتساق المعرفي في تكوين الاتجاهات وتغييرها ، يفترض أن الناس ينزعون إلى تكييف تقويماتهم لتتفق مع أفعالهم أو مع ما تعلموه أو مع كليهما .

فمثلا يمكن تشجيعه على المخاطرة (كأن يطلب موعدا مع عضو في الجماعة من الجنس الآخر) وأن يتعمد الفشل في عمل ما (كأن يحاول التحدث في الكلام في اجتماع عام) وأن يتخيل نفسه فاشلا في عدد من المواقف (كأن يتخيل نفسه فاشلا في لعبة اجتماعية والجميع يسخر منه) ، وأن يلقي بنفسه في مواقف غير مألوفة يعتبرها خطرة الخ . وفي مواجهة إصرار العميل على أن يعامله الآخرون معاملة عادلة وعلى أن تنتظم الحياة في رفق ، يمكن للمعالج تحدى هذا الاصرار عن طريق تشجيع المعالج له على أن يبقى في ظروف سيئة وأن يعود نفسه على الأقل وقتيا ، على تقبل هذه الظروف السيئة وأن يقتحم المجالات الصعبة وأن يتخيل نفسه في أزمة صعبة (مثلا في عمله) وألا يشعر بالاضطراب لذلك وكذلك أن يسمح لنفسه بالقيام بأعمال سارة مثل الذهاب إلى السينما أو رؤية أصدقائه ، فقط بعد أن يكون قد قام بأعمال غير سارة ولكن مرغوبة مثل تعلم لغة أجنبية صعبة أو إنجاز تقرير هام طلبه رئيسه ، الخ ويستخدم العلاج العقلاني - الانفعالي غالبا الإشراف الإجرائي لتدعيم

تغيير الفرد لسلوكه (مثل الإقلاع عن التدخين أو الإسراف في الأكل) أو لتغيير تفكير لا عقلاني (مثل إدانة ذاته حين يدخن أو يسرف في الأكل) .

والخلاصة أن العلاج العقلاني - الانفعالي يستخدم أساليب عديدة ومتنوعة يؤدي معظمها وظيفته المقصودة إلى حد ما . ولكن النظام الفعال للعلاج يشمل في تقدير إليس : (١) اقتصادا في الوقت والجهد المبذول من قبل كل من المعالج والعميل (٢) السرعة في مساعدة العميل على التغلب على أسوأ أعراضه ؛ (٣) فعالية الطريقة العلاجية مع نسبة كبيرة من مختلف أنواع العملاء ؛ (٤) عمق الحل للمشكلة المقدمة ، (٥) دوام النتائج العلاجية عند تحققها . ويزعم أنصار العلاج العقلاني - الانفعالي أنه يتفوق على هذه الأبعاد الخمسة تفوقا ظاهرا على كل المدارس العلاجية الأخرى لأنه يصر على ارتباط فعالية العلاج بعمق موقفه الفلسفي ، ولأنه يحارب « المطلق » وهو علاج واقعي يصل إلى الأعماق ويصر على الانتقاص من المطالب الطفلية التي تشكل العنصر الأساسي في الاضطراب الانفعالي .

عملية العلاج النفسي :

تسمى كل الطرق المتنوعة التي يتبعها العلاج العقلاني - الانفعالي إلى تحقيق هدف رئيسي وهو الإقلال من نظرة العميل الهازمة للذات وإلى إكسابه فلسفة في الحياة أكثر واقعية وسماحة - ونظرا لأن بعض طرقها الانفعالية والسلوكية شبيهة بالطرق التي تستخدمها المدارس العلاجية الأخرى ، فإننا نركز على الجوانب المعرفية - الاقناعية وهو ما يحتمل أن تكون الجوانب المميزة له ، ولا يقضى المعالج العقلاني - الانفعالي وقتا طويلا في معظم الحالات في الاستماع إلى تاريخ حياة العميل أو في تشجيعه على التفريغ الانفعالي أو في التعبير عن مشاعره . ورغم أنه قد يستخدم أحيانا كل هذه الطرق ، إلا أنه يحاول عادة اختصارها في الوقت حيث أنه يعتبر أن مثل هذا الحوار الطويل (أو المونولوج) صورة من صور العلاج عن طريق التدليل والتي قد تساعد العميل على الإحساس بشعور طيب ولكنها نادرا ما تساعد على التحسن فعلا . ولا يستخدم المعالج أساليب التحليل النفسي مثل التداعي الحر وتحليل الأحلام وتفسير علاقة الطرح بين العميل والمعالج أو شرح الأعراض الحاضرة للعميل في ضوء خبرات الماضي وتحليل ما يسمى المركب الأوديبى ، الخ . وهو حين يستخدم هذه الأساليب فإنه يستخدمها في غير إطار التحليل النفسي وبإيجاز شديد

بقصد مساعدة العميل على رؤية ماهية بعض الأفكار اللا عقلانية وما يمكنه عمله للتخلص منها ، فإذا لاحظ المعالج أن العميل يثور ضده بوصفه نموذجاً للسلطة ، كما سبق وأن ثار على والده خلال طفولته ، فإن المعالج لا يفسر ثورة العميل الحالية على أنها نابعة من نمط ثورى سابق ، ولكنه يحاول أن يشرح للعميل أنه كان يكره والده لأنه كان يرغمه على اتباع قواعد معينة اعتبرها جزافية وأن والده لا يقدر مشاعره كما يتعين أن يفعل ، ثم يذكر المعالج للعميل أن من المحتمل أنه يفكر بنفس الطريقة إزاء المعالج ، ثم ينتقل فيشرح للعميل إن ثورة غضبه ضد والده لم تكن عقلانية لأن والده ليس سيئاً ولا يحاول القيام بأعمال سيئة وأنه ليس هناك من سبب يدعو إلى توقع أنه يتعين على والده أن يقدر مشاعره بالرغم من أنه من الأفضل بالطبع أن يفعل ذلك ، وأن تدبيراته ضد والده لن تجدى شيئاً بل على العكس يمكن أن تؤدي إلى نتائج عكسية - وتبعاً لذلك ، فإنه قد خلط كما يفعل معظم الأطفال بين عدم رضائه عن سلوك والده وبين أن يكون « على حق » في الغضب عليه ، كما أنه دون داع قد أزعج نفسه حول ما يزعم أنه معاملة غير عادلة . وعلى كل حال ، فإنه يحتمل أن يكون منخرطاً في نفس الشيء فيعتبر القيود التي فرضها المعالج عليه بالغة القسوة بينما هي في الحقيقة قاسية فقط ، وبعد أن افترض أن المعالج مخطيء في فرض هذه القيود (وهو أمر محتمل فعلاً) فإن العميل يدين المعالج لأفعاله التي يفترض أنها خطأ . ثم يضيف المعالج أن العميل يحتمل أنه افترض أن المعالج « مخطيء » لأنه يشبه في بعض الطرق والده المخطيء ، ولكن ذلك استنتاج آخر غير منطقي (« أى أنه إذا كنت أشبه والدك في بعض الطرق فإنه يتعين أن أشبهه في كل الطرق ») ، وهي مسلمة غير عقلانية (أى إننى مثل والدك شخص ردىء إذا قمت بعمل ردىء) . ويخلص المعالج إلى القول : « وعلى ذلك فإنك لا تخترع فقط ارتباطاً خطأً بيني وبين والدك ، ولكنك أيضاً تخلق اليوم ، كما فعلت لعدد من السنين مطلباً محدداً بأن تكون الدنيا مكاناً سهلاً ميسراً لك ، وإنه يتعين على كل الناس معاملتك معاملة عادلة - والآن فكيف تنوى تحدى مسلماتك اللا عقلانية واستنتاجاتك غير المنطقية ؟ »

وبدلاً من استخدام الطرق التقليدية التحليلية أو طرق العلاج المتمركز - حول - العميل ، أو الطمأننة أو طرق العلاج الوجودي ، فإن المعالج العقلاني - الانفعالي يستخدم أساساً طريقة فلسفية موجهة - اقناعية نشطة مثل طلاقات النار السريعة . وهو في معظم الحالات ، يحدد بسرعة عدداً من الأفكار

الأساسية اللاعقلانية التي تدفع العميل إلى سلوكه المضطرب ، وهو يتحدى العميل لأن يثبت صدق أفكاره . وهو يظهر له أنها أفكار بعيدة عن المنطق لا يمكن إثبات صدقها ، وهو يحلل هذه الأفكار منطقيا ويظهر أنها أفكار مهلهلة ، ويوضح بعنف وبقوة أن هذه الأفكار لا يمكن تطبيقها وأنها سوف تؤدي حتما إلى تجديد أعراض الاضطراب ، وهو يظهر سخافة هذه الأفكار أحيانا بأسلوب فكاهي ويشرح له كيف يمكن استبدالها بأفكار أكثر عقلانية ، ويعلم العميل كيف يفكر علميا في الحاضر وفي المستقبل بحيث يمكنه ملاحظة أى أفكار تالية لا عقلانية ونبذها منطقيا .

ميكانيزمات العلاج النفسى :

يدلل إليس على أن التصوير السابق لما يفعله المعالج العقلاني - الانفعالي ليس مبالغا فيه ، فيقدم تسجيلا حرفيا للجزء الأول من المقابلة الأولى التي أجريت مع امرأة فى الخامسة والعشرين من عمرها تعمل رئيسة قسم برامج الكمبيوتر فى إحدى الشركات ، يقرأ المعالج مما أوردته العميلة فى نموذج السيرة الذاتية والذى كتبه قبل الجلسة الأولى : « العجز عن التحكم فى الانفعالات ، مشاعر طاغية بالذنب وعدم الجدارة ، عدم شعور بالأمن ، اكتئاب مستمر ، صراع بين الذات الداخلية والخارجية ، إفراط فى الأكل والشرب وتناول أقراص التخسيس » .

يسأل المعالج : « ما الذى تريدن البدء به ؟ » وتجييب العميلة « لا أعرف ، إننى أشعر بالرعب فى هذه اللحظة » وبعد تساؤل تجيب : بإنها تشعر بالرعب من المعالج والذى يرد بقوله « بالقطع لا ، ربما تشعرين بالرعب من نفسك » . وهكذا يستمر الحوار لقراءة ١٥ دقيقة . ويخلص إليس من هذا البروتوكول الجزئى للمقابلة الأولى إلى أن المعالج قد حاول القيام بما يلى :

- (١) بالرغم من نوعية المشاعر التى عبرت عنها العميلة ، بما فى ذلك مشاعرها نحو المعالج ونحو طريقة معاملته لها ، فإنه كان يرجع دائما وبسرعة إلى الأفكار الرئيسية اللاعقلانية الكامنة وراء هذه المشاعر وبخاصة أفكارها التى تدور حول فظاعة عدم حب الناس لها بما فى ذلك المعالج .
- (٢) لم يتردد المعالج فى مناقضة العميلة وهو يستخدم الدليل من حياتها ومن معرفته بالناس بعامة .

(٣) كان المعالج عادة متقدما خطوة عن العميلة ، فهو يذكر لها مثلا أنها تلوم ذاتها قبل أن تذكر هي ذلك . وهو يعرف طبقا لنظريته أنها تتمسك بالاحتميات مثل : يجب ، يتعين ، الخ في تفكيرها عندما تصبح قلقة ومكتئبة وشاعرة بالذنب وهو يرغبها على الاعتراف بذلك ثم ينقدها أو يهاجمها .

(٤) يستعين المعالج بأقوى منهج فلسفى يمكن أن يتوفر له ، فهو يكرر : « لنفرض أن أسوأ ما يمكن أن يحدث قد حدث ، وأن أداءك فعلا كان رديئا وأن الآخرين يكرهونك لذلك ، فهل ستظلين تشعرين هذا الشعور الفظيخ ؟ » ويفترض المعالج بأنه إذا استطاع اقناع العميلة بأن لا شىء فى سلوكها يمكن أن يحط من قدرها بوصفها شخصا ، فإنه سوف يساعدها فى أن تتغير تغيرا عميقا وحقيقيا فى اتجاهها وفى شخصيتها .

(٥) لا يتزعج المعالج بجعل المؤشرات الظاهرة لانزعاج العميلة مثل البكاء والغضب خلال الجلسة العلاجية ، فهو قليل التعاطف مع هذه المشاعر ، ولكنه يستخدمها لمحاولة أن يثبت للعميلة أنها فى نفس اللحظة وفى نفس المكان تعتقد فى أفكار غير عقلانية ولذلك فهى تزعج نفسها ، وهو لا يتحدث عن مشاعر الطرح من العميلة على المعالج ولا يتحدث عن الطريقة غير اللائقة التى تدين بها سلوكه نحوها . ولكنه يفسر الأفكار الكامنة وراء هذه المشاعر ويوضح لها السبب فى أنها أفكار هازمة للذات ويحاول أن يوضح لماذا يكون سلوكه الأكثر تعاطفا مؤديا لتدعيم فلسفتها المشحونة بالمطالب من العالم ، بدلا من مساعدتها فى التخلص من هذه الفلسفة .

(٦) المعالج حازم من جانب مع العميلة ، ولكنه يظهر فى الجانب الآخر تقبلا كاملا وثقة فيها (أو اعتبارا إيجابيا غير مشروط) وذلك عن طريق الإصرار على أنها قادرة على التفكير الأحسن وعلى السلوك الأحسن إذا امتنعت عن لوم ذاتها .

(٧) بدلا من مجرد ذكر أن أفكار العميلة لا عقلانية ، يصبر المعالج على أن تفكر العميلة فى ذلك كى تكتشفه بنفسها ، إلا أنه يشرح لها تعليميا بعض العمليات السيكلوجية المرتبطة بالموقف مثل حقيقة أن مشاعرها تنبع من تفكيرها .

(٨) يستخدم المعالج عن قصد وفى مناسبات عديدة لغة قوية وذلك (أ) بقصد تحرير العميلة من تحفظها ، (ب) ولكى يوضح أنه بالرغم من أنه مهنى إلا أنه

أيضا كائن إنساني ؛ (ج) ولكي يعطى العميلة صدمة انفعالية بحيث تحدث كلماته تأثيرا دراميا أقوى .

(٩) بالرغم من أن المعالج لا يوافق على أفكار العميلة ، إلا أنه في الواقع متعاطف معها وجدانيا ، فهو يحاول جاهدا أن ينصت إلى ما يحتمل أن تقوله لنفسها وأن يكتشف مشاعرها الحقيقية (أفكارها السلبية عن ذاتها وعن العالم) بدلا من مشاعرها السطحية (إدراكها بأن أداءها ردىء وأن الآخرين يستغلونها لمصلحتهم) .

(١٠) يواصل المعالج التحقق من فهم العميلة لما يعلمه لها وأنها تستطيع التعبير لفظيا عن هذا الفهم .

(١١) بالرغم من قيام حوار هام له دلالاته بين العميل والمعالج ، إلا أن هذا الأخير كما هو شائع في الجلسات الأولى من العلاج العقلاني - الانفعالي ، يقوم بالقدر الأكبر من الكلام والشرح ، ويعطى المعالج فرصا عديدة للعميلة للتعبير عن نفسها ، ولكنه يستخدم استجاباتها فقط بداية لتعليمها ، وهو أحيانا يبدو كما لو كان يحاضر ، إلا أن ذلك يكون موجزا جدا ، كما أنه يتوقف أحيانا كي يسمح للأفكار بأن تستقر .

ولا تتلقى العميلة مشاعر حب أو دفاء من المعالج ، ويحدث الطرح والطرح المضاد تلقائيا (وبخاصة الغضب من قبل العميلة على المعالج في هذه الحالة) ، إلا أن هذه المشاعر تحلل بسرعة ويكشف عن الفلسفة الكامنة وراءها ، ويتم التعبير عن المشاعر المستثارة (الخجل ورتاء الذات والبكاء والغضب الخ) إلا أن العميلة لا تعطى فرصة كبيرة للاستغراق في هذه المشاعر أو للتفريغ الانفعالي القوي لها . والمعالج حين يهاجم الأيديولوجيات التي يبدو أنها تكمن وراء هذه المشاعر ، فإنها تتغير بسرعة وتتحول بما يشبه المعجزة إلى مشاعر أخرى مضادة (مثل الفكاهة والمرح والتأمل) . وبعامة ، فإنه نتيجة « برود » المعالج وتفلسفه وإصراره على أن العميلة تستطيع أن تخبر مشاعر غير القلق والاكتئاب ، فإنها تنزع إلى تغيير مشاعرها الهدامة إلى مشاعر بناءة .

وبتقدم الجلسة العلاجية ، فإن العميلة يبدو أنها فعلا تخبر ما يلي : (١) مشاعر الاعتراف الإيجابي غير المشروط لها والتقبل الكامل بالرغم من الأداء الضعيف في الجلسة أو في حياتها ؛ (٢) مشاعر الثقة المتجددة بإنها يمكن أن تقوم بأشياء معينة وبخاصة أن

تفكر لنفسها ، وهو ما كانت تعتقد أنها عاجزة عن أدائه ؛ (٣) مفهوم جديد لم أو يندر أن يكون قد تكون لديها قبل ذلك ، وهو أن « حتميات الكمال » التي تتمسك بها هي التي تؤدي إلى اضطرابها وليس اتجاهات الآخرين بما يفهم المعالج نحوها ؛ (٤) اختبار الواقع بمعنى أنها تبدأ في رؤية أنها بالرغم من ضعف أدائها (مع المعالج ومع بعض الناس الذين تعمل معهم) ، إلا أنها يمكن أن تستعيد قدرتها وأن تحاول مرة أخرى وأن تنجح ؛ (٥) إقلال بعض دفاعاتها ، فتتوقف عن لوم الآخرين (ومنهم المعالج) على قلقها وأن تستطيع الاعتراف بأن ما تفعله نفسها هو السبب .

وفي الدقائق الأولى من العلاج ، تلتقط العميلة لمحات من الأفكار والمشاعر البناءة ، إلا أن غاية العلاج العقلاني - الانفعالي هو أن تظل العميلة تكتسب البصر الفلسفي وليس مجرد البصر السيكو - دينامي ، بأن سلوكها هو سبب اضطرابها ؛ وأن تستخدم هذا البصر في تغيير بعض طرق التفكير المتأصلة فيها حول ذاتها ، وحول الآخرين وحول العالم الذي تعيش فيه ، ومن ثم تصبح في النهاية فكريا وانفعاليا وسلوكيا أقل إيذاء وخذلانا لذاتها . وإذا لم تخبر العميلة تغيرا شاملا وكاملا في اتجاهاتها (وفي التحرر من أعراضها) نتيجة العلاج العقلاني - الانفعالي ، فإنها يمكن أن تتحسن ولكنها لازالت بعيدة عن نموذج العلاج العقلاني - الانفعالي وهو التغيير الأساسي في الشخصية .

والمعدل الأكثر شيوعا في العلاج العقلاني - الانفعالي هو جلسة اسبوعية . وقد يتراوح عدد الجلسات من ٥ إلى ٥٠ جلسة . ويبدأ العميل عادة الجلسة بذكر أكثر ما يضايقه من مشاعر أو عواقب هذه المشاعر (C) خلال الأسبوع . فيكتشف المعالج حينئذ الأحداث المنشطة (A) التي وقعت قبل أن تؤدي إلى مشاعر سيئة ، ويساعد العميل في التعرف على المعتقدات العقلانية (rB) واللاعقلانية (iB) المرتبطة بالأحداث المنشطة ، وعلى ما يناقضها (D) . ثم يعطى العميل غالبا واجبات منزلية محددة لمساعدته في هذه المناقضة . وفي الجلسة الثانية ، يحاول المعالج غالبا مستعينا بالتقرير عن الواجب المنزلي ، التعرف على ما إذا كان العميل قد حاول تطبيق المنهج العقلاني - الانفعالي خلال الأسبوع ، ويواصل تعليمه كيف يناقض معتقداته اللاعقلانية ويعطيه واجبات منزلية جديدة إلى أن يتحرر من أعراضه الحاضرة ويكتسب اتجاهها أكثر سواء وسماحة نحو الحياة - ويحاول المعالج بوجه خاص أن

يوضح للعميل كيف : (١) يحرر نفسه من القلق والشعور بالذنب والاكتماب عن طريق التقبل التام بوصفه كائنا انسانيا وبصرف النظر عما إذا كان قد نجح في الأعمال والأدوات الهامة وبصرف النظر عما إذا كان الأشخاص الهامون في حياته يجوبونه أو يؤيدونه أم لا ؛ (٢) الإقلال من الغضب والعداوة والعنف عن طريق التسامح مع تواجد الآخرين حتى إذا وجد سمات أو أداءات هؤلاء الآخرين غير عادلة أو غير مشجعة ؛ (٣) إنقاص التحمل القليل للإحباط وللقصور الذاتي عن طريق العمل الشاق لتغيير الواقع غير السار ولكن مع تعلم الصمود أمام هذا الواقع وتقبله بكرامة حين يكون تجنب ذلك غير ممكن فعلا (سوف نورد نموذجا لجزء من التقرير عن الواجب المنزلى في فقرات تالية) .

وتتم معظم الجلسات الفردية في عيادة ، إلا أنه قد لا يكون هناك مكتب يفصل المعالج عن العميل ، ويغلب أن تكون ملابس المعالج غير رسمية وأن يستخدم اللغة الدارجة اليومية ، ونظرا لأنه يفترض أن المعالج لا يكثر كثيرا بآراء الآخرين عنه ، بما فهم العميل ، فإن المعالج يغلب أن يكون منفتحا واثقا من ذاته وأقل في المظهر المهني منه عن المعالج العادى . وقد يستخدم مسجلا ، كما يشجع العميل على أن يحضر مسجله الخاص ليأخذ التسجيل معه إلى المنزل لإعادة الاستماع إليه .

ولا تختلف العلاقات بين العميل والمعالج في العلاج العقلانى - الانفعالى عنها في معظم المدارس العلاجية الأخرى ، فالمعالج يكون غير رسمى ، وهو نشط يعطى آراءه الخاصة دون تردد ، يجيب عن الأسئلة المباشرة المتعلقة بحياته الشخصية ، وهو يتحدث كثيرا وبخاصة في الجلسات الأولى ، وهو غالبا موجّه في العلاج الجماعى ، وقد ينخرط في نفس الوقت في شرح مستفيض وفي تفسير وفيما يشبه المحاضرة ، وقد يكون موضوعيا « باردا » قليل الدفء لا يظهر صداقة في علاقته مع العميل ، وهو يقوم بنفس العمل الجيد مع عميل قد لا يميل إليه شخصيا ، لأن ما يهيمه هو مساعدة العميل في مواجهة مشكلاته الانفعالية أكثر من الارتباط به شخصيا . ونظرا لأنه ينزع إلى أن يتقبل تقبلا تاما (اعتبار إيجابى غير مشروط) كل الأفراد بصرف النظر عن سلوكهم ، فإنه يغلب أن ينظر إليه على أنه يظهر مشاعر دفاء واهتمام بعملائه ، حتى إذا كان اهتمامه الشخصى بهم قليلا . وفي العلاج العقلانى - الانفعالى ، تعالج مقاومة العميل عادة عن طريق أن يظهر المعالج له أنه يقاوم التغيير في نظرتة وفي سلوكه ، لأن

التغيير شديد الصعوبة ، ولأنه يتمنى لو كانت هناك حلول سحرية سهلة لمشكلاته بدلا من العمل الشاق لتغيير ذاته . ولا تفسر هذه المقاومة عادة في ضوء مشاعر العميل المعينة نحو معالجته وإذا حاول عميل من الجنس الآخر إغراء المعالج ، فإن ذلك لا يشرح غالبا في ضوء مشكلات « الطرح » ولكن في ضوء : (أ) حاجة العميل الشديدة إلى الحب ، (ب) التجاذب العادى قبل شخص يقدم المساعدة ، (ج) الرغبات الجنسية الطبيعية لشخصين بينهما اتصال عقلى - انفعالى وثيق . وإذا شعر المعالج بتجاوب شديد نحو العميل ، فإنه غالبا ما يعترف صراحة بذلك ، ولكنه يعود فيشرح لماذا تشكل إقامة علاقات جنسية صريحة بين المعالج والعميل أمرا غير خلقى وغير مفيد .

وتعالج معظم مشكلات العميل في العلاج العقلانى - الانفعالى بنفس الأسلوب تقريبا . فمهما كان نوع المشكلة المقدمة أو السلوك المقدم ، فإن المعالج لا يظهر اهتماما زائدا أو مبالغا فيه بالمشكلة ، وهو لا يبذل جهدا أو وقتا كبيرين في حث العميل على التعبير الكامل عنها أو عن الانفعالات المرتبطة بها ، ولكنه بدلا من ذلك يحاول أن يرى وأن يعالج الأفكار والفلسفات الأساسية الكامنة وراءها ، كما يبحث العميل على أن يفعل نفس الشيء . وهذا هو ما يفعله إليس (٦ ، ص ١٩٦) في البرامج الموجهة للمديرين الذين يعرضون مشكلات العمل والإدارة والتنظيم بالإضافة إلى المشكلات الشخصية . إذ يوضح لهم إليس أنه مهما كانت نوعية هذه المشكلات ، فإنهم يعانون من مشكلة حول المشكلة ، وأن هذه المشكلة (الإنفعالية أو الفلسفية) هى التى يحاول العلاج العقلانى - الانفعالى مساعدة العميل على حلها بسرعة - وعندئذ فالمرجح أن المدير سوف لا يجد صعوبة في حل مشكلته الأصلية الموضوعية . والاستثناء الوحيد الرئيسى لهذه القاعدة هو في حالة الفرد الذى يعانى من كف شديد أو دفاعية شديدة بحيث لا يسمح لنفسه بمشاعر ، والذى قد لا يكون لهذا السبب واعيا ببعض مشكلاته الكامنة . فمثلا ، رجل الأعمال الناجح قد يطلب المساعدة السيكولوجية فقط لأن زوجته تصر على أن العلاقة بينهما غير جيدة ، وهو يدعى أن لا شئ يضايقه غير شكوى زوجته . مثل هذا العميل قد يقتضى الأمر مواجهة المعالج أو الجماعة له كى يستطيع أن يرى أنه هو فعلا الذى يعانى من مشكلة . وقد تصلح جماعة المراثون (وسوف نناقشها في مقام آخر) لعلاج مثل هذه الحالة .

والانفعالات الحارة التي تظهر خلال العلاج العقلاني - الانفعالي مثل البكاء والسلوك الذهاني والتعبير العنيف عن نية الانتحار أو القتل ، تكون معالجتها بالطبع صعبة ، ولكن تساند المعالج في هذا المجال فلسفته العقلانية في الحياة وفي العلاج والتي تشتمل على الأفكار التالية ، (أ) انفجارات العميل تزيد في صعوبة الأمور ولكن هذه الأمور ليست فظيعة ولا تشكل كارثة ؛ (ب) وراء كل انفجار انفعالي فكرة لا عقلانية . ما هي هذه الفكرة وكيف يمكن لفت نظر العميل إليها ؟ وما الذي يمكن عمله لمساعدته على التغيير ؟ (ج) يصعب أن يوجد معالج يستطيع مساعدة كل عميل في كل وقت . فإذا لم يمكن مساعدة عميل معين ، وتعين إحالته إلى جهة أخرى ، أو إذا فشل العلاج ، فإن ذلك يكون من سوء الحظ ، ولكنه لا يعنى أن المعالج قد فشل ، أو أنه لن يستطيع مساعدة الآخرين .

ويمكن علاج الاكتئاب الشديد بواسطة المعالج العقلاني - الانفعالي عن طريق أن يظهر له بسرعة ويعنف وفي أسلوب مباشر أنه هو السبب في اكتابه عن طريق لوم ذاته لشيء فعله أو لم يفعله ، وهذه الإدانة للذات لا تكشف فقط ولكنها تهاجم بعنف من قبل المعالج . وفي نفس الوقت قد يطمئن المعالج العميل وقد يحيله إلى علاج طبي مكمل ، وقد يتحدث إلى أقاربه وأصدقائه لكسب معاونتهم ، وقد يوصى بتخلي العميل مؤقتاً عن بعض أعماله وأنشطته .

وعن طريق الهجوم المباشر والفوري على الانتقاص الزائد للذات من قبل العميل ، فإن المعالج قد يستطيع في وقت قصير معاونة المريض الشديد الاكتئاب والذي تساوره النزعة إلى الانتحار .

ومن الواضح أن أصعب العملاء هم أولئك الذين يتجنبون بصورة مزمنة العلاج والذين لا يقومون بشيء لمساعدة أنفسهم والذين يتطلعون باستمرار إلى معجزة أو حل سحري . ومثل هؤلاء العملاء يوضح المعالج لهم بقوة أن مثل هذا الحل السحري لا يوجد ، وأنهم إذا لم يكونوا يريدون بذل جهد شاق للتحسن ، فإن من حقهم الاستمرار في المعاناة ، ولكن يمكنهم الحياة بصورة أكثر متعة إذا عملوا لمساعدة أنفسهم عن طريق العلاج ، والذي يحسن أن يكون في هذه الحالة علاجاً جماعياً . والنتائج مع مثل هؤلاء المرضى تكون عادة غير مشجعة في العلاج العقلاني - الانفعالي ، كما هو الحال في الغالب بالنسبة لكل المدارس الأخرى ، إلا أن المواظبة من جانب المعالج قد تغلب على مقاومة التغير .

العلاج المختصر :

يهدف العلاج العقلاني - الانفعالي بطبيعته إلى أن يكون علاجاً مختصراً . ويفضل بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات شديدة مواصلة العلاج الفردي والجماعي لستة شهور أو لعام على الأقل حتى تتاح لهم فرصة لممارسة ما يتعلمونه . ولكن بالنسبة للأفراد الذين لا يستطيعون لسبب أو لآخر مواصلة العلاج العقلاني - الانفعالي لأكثر من فترة قصيرة ، فإنه يمكن للعلاج أن يعلمهم خلال جلسة أو عشر جلسات طريقة «ABC» لفهم أى مشكلة انفعالية ، ولرؤية المصدر الفلسفي الرئيسي وكيف يبدأ العمل لتغيير اتجاهاته الأساسية المحدثة للاضطرابات . ويصدق ذلك بخاصة على الشخص الذي يعاني من مشكلة معينة مثل عداوة نحو رئيسة أو مثل عنة جنسية ، والذي لا يعاني من اضطراب عام . ذلك أنه يمكن علاج مثل هذا الفرد علاجاً كاملاً تقريباً خلال جلسات قليلة من العلاج العقلاني - الانفعالي ، ولكن حتى الفرد الذي يعاني من مشكلة شخصية ذات تاريخ طويل (مثل المرأة التي تغضب دائماً من أى فرد يضايقها بما في ذلك أطفالها) قد يمكن مساعدته في علاج عقلاني - انفعالي مختصر ، وذلك بأن يشرح له بسرعة أن كل انفجاراته الانفعالية تنبع من أفكار أساسية قليلة لا عقلانية (مثل فكرة أن كل شيء يجب أن يكون سهلاً وميسراً له) ، ويمكن أحياناً حثه على التخلي عن هذه الفكرة ونقضها بعنف . فضلاً عن ذلك ، فإنه بعد جلسات قليلة من العلاج يمكن غالباً للأفراد الذين يعانون من اضطرابات عميقة الجذور أن يحافظوا على استخدام الأسس التي تعلموها خلال هذه الجلسات وعلاج أنفسهم بمساعدة قراءات إضافية تدعم ما تحقق من تحسن . ويمكن في هذا المجال استخدام التسجيل الصوتي للجلسة الكاملة ليستمع إليه العميل في منزله أو في مكتبه أو في سيارته عدة مرات . ويساعده ذلك في أن يرى بوضوح وبدقة مشكلاته والطريق العقلاني - الانفعالي لتناولها كما شرحها المعالج . والكثير من العملاء يجدون صعوبة في الاستماع إلى ما يدور في الجلسة وجها لوجه (بسبب القلق أو عدم الاستعداد للاعتراف بدلالات المشكلة أو بسبب سهولة تشتت انتباههم ، الخ) ولكنهم يستطيعون فهم الكثير من الاستماع إلى التسجيل الصوتي للجلسة . والأسلوب الثاني لمساعدة العميل على اختصار فترة العلاج هو عن طريق التقرير عن الواجب المنزلي الذي يعطى للعميل لتعليمه كيفية استخدام

الطريقة حين يواجه مشكلة انفعالية بين الجلسات . ويشتمل التقرير عن « الواجب المنزلي » Homework Report على جزئين ، الأول هو استارة تحتوي على قائمة شطب يسجل فيها العميل المشاعر الانفعالية غير المرغوبة والأفعال والعادات غير المرغوبة والأفكار والفلسفات اللاعقلانية التي يجربها ، ومقدار العمل الذي قام به لمكافحتها ونتائجه . ويشتمل الجزء الثاني من التقرير على عناصر نموذج ABC للعلاج العقلاني - الانفعالي مع أمثلة لكيف يمكن استخدامه لمواجهة مشكلاته الانفعالية الحالية .

ونورد فيما يلي ترجمة لهذا الجزء (٦ ، ص ١٩٥) مع الاحتفاظ بنفس الحروف الأبجدية الانجليزية المقابلة لكل سؤال .

A : الحدث المنشط : الذي خبرته حديثا والذي شعرت بالانزعاج أو بالاضطراب بخصوصه (أمثلة : « ذهبت إلى مقابلة سعياء وراء عمل » أو « صرخت زميلتي في وجهي »)

iB : الاعتقاد العقلاني أو فكرتك عن الحدث المنشط (أمثلة : « سوف يكون من سوء الحظ إذا لم أقبل في هذه الوظيفة » « كم يضايقني أن تصرخ زميلتي في وجهي ») .

iB : الاعتقاد اللاعقلاني أو الفكرة التي لديك عن هذا الحدث المنشط (أمثلة : « سوف يكون الأمر كارثة بالنسبة لي إذا لم أعين في هذه الوظيفة ، سوف لا يكون إلى قيمة بوصفي شخصا » « لا أطيق أن تصرخ زميلتي في وجهي ، إنه لأمر فظيح أن تفعل ذلك معي ») .

-C : عواقب اعتقادك اللاعقلاني (iB) فيما يخص الحدث المنشط الذي ذكرته في (A) سجل هنا الانفعال أو السلوك أو العاقبة الأكثر إزعاجا في خبرتك الحديثة (أمثلة : « كنت قلقا » « كنت معاديا » « شعرت بالآلام في المعدة ») .

D : المناقضة : المسألة أو التحدي الذي يمكنك استخدامه لتغيير اعتقادك اللاعقلاني (iB) (أمثلة : « لماذا يكون الأمر كارثة ، وكيف سأصبح شخصا لا قيمة له إذا لم أعين في هذه الوظيفة ؟ » « لماذا لا أستطيع تحمل صراخ زميلتي في وجهي ولماذا تكون هي فظيعة إذا فعلت ذلك ؟ »)

- cE : التأثير المعرفى أو الاجابة التي أعطيتها نتيجة المناقضة لاعتقادك اللاعقلانى (iB) (أمثلة : « لن يكون الأمر كارثة ولكنه مجرد سوء حظ إذا لم أعين فى هذه الوظيفة . عدم نجاحى فى المقابلة لن يجعلنى شخصا عديم القيمة » . « بالرغم من إننى لن أحب مطلقا أن تصرخ زميلتى فى وجهى ، إلا أنه يمكن أن أتحمّل ذلك ، وهى ليست فظيعة هى فقط أخطأت لصراخها فى وجهى ») .
- bE : التأثير السلوكى أو نتيجة مناقضتك لاعتقادك اللاعقلانى (iB) (أمثلة : « شعرت بأننى أقل قلقا » « شعرت بعداوة أقل نحو زميلتى » « زالت آلام معدنى ») .
- F : إذا لم تكن قد تحدت اعتقادك اللاعقلانى (iB) فلم لا ؟
- G : الأنشطة التى تقوم بها الآن والتى تود أكثر ما تود أن تمتنع عن القيام بها ؟
- H : الأنشطة التى لا تقوم بها الآن والتى تود أكثر ما تود أن تقوم بها ؟
- I : الانفعالات والأفكار التى تود أكثر ما تود تغييرها ؟
- J : الواجب (أو الواجبات) المنزلى المعين لك من قبل المعالج أو الجماعة أو من قبل ذاتك ؟
- K : ما الذى قمت به فعلا لأداء هذا الواجب (أو الواجبات) المنزلى ؟
- L : ارسم علامة أمام الفقرة التى تصف بها درجة قيامك بالواجب (الواجبات) المنزلى .
 (أ) تقريبا كل يوم (ب) عدة مرات فى الاسبوع (ج) أحيانا
 (د) نادرا
- M : كم مرة فى الأسبوع الماضى عملت بوجه خاص لتغيير ومناقضة اعتقادك اللاعقلانية (iBs) ؟
- N : ما هى الأشياء الأخرى المعينة التى قمت بها لتغيير معتقداتك اللاعقلانية والعواقب الانفعالية المزعجة ؟
- O : ارسم علامة أمام الفقرة التى تصف مقدار القراءة التى قمت بها حديثا للمواد المتاحة عن العلاج العقلانى - الانفعالى
 أ - مقدار كبير ... (ب) مقدار متوسط ... (ج) مقدار قليل أو لا شئ ...
- P : الموضوعات التى تود أكثر ما تود أن تناقشها مع المعالج أو مع الجماعة ؟

العلاج الزوجي والعلاج العائلي :

استخدم العلاج العقلاني - الانفعالي منذ البداية استخداما واسعا في الاستشارات الزوجية وفي علاج المشكلات العائلية . وعادة تجرى مقابلة مع الزوج والزوج معا (أو مع الرجل وصديقه) . ويستمع المعالج إلى شكوى كل منهما من الآخر ، ثم يحاول أن يوضح لكل منهما أنه حتى إذا كانت شكواه لها ما يبررها ، فإن انزعاجه بسببها ليس له ما يبرره ، ويعمل المعالج مع كل من الزوج والزوجة أو مع كليهما للإقلال من القلق والاكتئاب والشعور بالذنب ، وبخاصة العداوة - وهو يعقد معهما ما يقرب من أن يكون جلسة جماعية صغيرة ، وعادة عندما يبدأ الزوجان في تعلم أسس العلاج العقلاني - الانفعالي ، فإنهما يصبحان أقل انزعاجا للخلافات بينهما ، ويزدادان قدرة على الاقلال من الخلافات بينهما وعلى زيادة التقارب والتفاهم . وبالطبع ، فقد يقرران أحيانا أنهما من الأفضل لهما الانفصال أو الطلاق ، ولكنهما في الغالب يعملان على حل مشكلتهما الفردية والجماعية والتصدي للاضطرابات الأساسية وتحقيق حياة زوجية سعيدة ويهتم المهالج أكثر ما يهتم بكل من الزوجين بوصفه فردا يمكن مساعدته في مواجهة مشكلاته الانفعالية سواء قررا البقاء معا أو الانفصال أكثر مما يهتم بالزوج بوصفه مؤسسة اجتماعية .

وفي العلاج العائلي ، يغلب أن يقابل المعالج كل أفراد العائلة معا ، أو قد يقابل الأطفال في جلسة والوالدين في جلسة أخرى ، أو قد يقابل كلا منهم على انفراد . وعادة ما تعقد جلسات مشتركة لرؤية حقيقة التفاعلات بين أعضاء العائلة ولكن ذلك ليس هو البديل الوحيد وسواء على انفراد أو معا ، فإن المعالج يوضح للوالدين أهمية تقبل الأطفال والتوقف عن إدانتهم بصرف النظر عن سلوكهم ، وكذلك يتعلم الأطفال تقبل الوالدين والأشقاء حتى إذا كانت سماتهم مخيبة للظن . ويتكرر تعليم الأسس العامة للعلاج العقلاني - الانفعالي وفي مقدمتها تقبل الذات والآخرين ، وعن طريق تطبيق هذه الأسس تتحسن العلاقات العائلية وتستخدم في هذا المجال القراءات (البيليوتراي) ومنها مؤلفات إليس نفسه .

العلاج العقلاني - الانفعالي الجماعي :

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

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

ميكانيزمات العلاج الجماعي : يستخدم إليس أساسا أسلوب الحوار المركز على عميل « محوري » focal في اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة بالضبط لكل عميل) . وقد يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة لهذا العميل ، وذلك للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقضتها وتوجيه التعليمات إليه للاستمرار في ذلك إلى أن يحدث التغيير ، وبعده بفترة منعا للرجوع إلى العادات القديمة في التفكير . فمثلا ، إذا عبر عميل عن عدم سعادته لأن المرأة التي يحبها ترفضه ، يذكر له إليس أنه يتمسك بمطلب لا عقلاني في الحب ، وأن الخطأ هو في اعتقاده أنه يجب أن يحصل على حب المرأة وأنه يحتاج إلى هذا الحب وأنه لا يستطيع تحمل عدم الحب الذي يتطلبه .

ويتحدى إليس العميل بسؤاله : « أين الدليل على أنه يجب أن تحصل على حبها ؟ لماذا تحتاج إلى هذا الحب ؟ » كما يتحدى إليس أى إجابة من العميل بقوله : « إنك لا تحتاج إلى حبها . ليس هناك قانون في العالم يقول أنك يجب أن تحصل على حبها . لا يوجد ما يسمى « يجب » في هذا العالم » . ويطلب من العميل بعد ذلك أن يردد هذه الأسئلة والاجابات عنها لنفسه عدة مرات في اليوم وبقوة ، وذلك بقصد أن يتخلى عن مطالبه اللاعقلانية وشعوره العصائى بعدم السعادة ، وهو الشعور الذى خلقه العميل لنفسه ، ويستخدم إليس ما يبقى من الدقائق الثلاثين ليقدّم أسبابا أخرى وأمثلة لماذا لا يحتاج الناس إلى الحب رغم أنهم قد يرغبون في ذلك ، كما يقدم له نصائح عملية عن كيف يقابل نساء جدد وأين ، بل وأن يرى أن رفض المرأة له قد يكون فرصة لتكوين علاقات جديدة .

وفي صورته النموذجية ، يبدأ العلاج الجماعى بتشخيص لمشكلات الفرد من خلال التعرف على معرفياته الأساسية وتقييماته وصعوباته الانفعالية وأنماطه السلوكية والترابط بينها ، وتتبع المناقشة الجماعية عادة نموذج ABC فيبدأ العميل المحورى عادة بتقديم مواد يمكن تصنيفها إما في A (خبرات منشطة) أو C (عواقب انفعالية) وأحيانا قد تشمل عبارة واحدة كلا من A, C في مشكلة معينة مثل : « شعرت بغضب شديد بالأمس حين تدمر زوجي لأن العشاء تأخر تقديمه » إذ تشمل هذه العبارة : سؤال الزوج عن سبب تأخر تقديم العشاء (A) والعداوة (C) . ويشجع المعالج الجماعة على توجيه الأسئلة وعلى مناقشة حول A, C . فمثلا ، قد يكون السؤال « ما هى الأسباب لطلب هذا ؟ » (تعمق في A) و « كيف أعلمتية بإنك غاضبة ؟ » (تعمق في C) ، وذلك بقصد التوضيح ومساعدة العضو الذى يجد صعوبة في التعبير عن خبرات انفعالية . ويسأل المعالج عن التقييمات المعرفية التى قامت بها العميلة في المثال السابق لعبارات زوجها (مثال : « لا يجب أن يضايقنى بسبب تأخر تقديم العشاء ») ، واستنكارها لذلك وعدم تحملها ، وشعورها بالعظمة « لا يحق له أن يتوقع منى أن أستجيب لطلباته » . ومن ثم فإن أفكار العميلة عن الموقف تتضح تدريجيا ويتحدد دور هذه الأفكار في شعور العميل بالاضطراب . ومن الممكن أن تنحرف الجماعة إلى مسالك غير مرتبطة بالتقييمات المعرفية للعميل كأن تشارك العميلة في ذم زوجها (وهو أمر لا علاجى) وأن تقدم النصائح لها بتنظيم أوقاتها . ومهمة المعالج الخبير هى تجنب ذلك . ويتعلم أعضاء

الذاتية . ومن الأفضل في حالات معينة الجمع بين الجنسين في الجماعة بقصد التدريب على معالجة القصور في المهارات الاجتماعية .

ويجلس الأعضاء في شكل دائرة في مكان مناسب تتوفر فيه فرص الحركة والخصوصية . ويتراوح حجم الجماعة من ٦ (كحد أدنى) إلى ١٣ (كحد أقصى) مع معالج مشارك أو معالجين اثنين يتسمان بالخبرات التدريبية والعمل لمشاركة كل أعضاء الجماعة . وقد تكون الجماعة مفتوحة أو مقفولة النهاية . ويغلب أن تكون جماعات ليس من النوع الأول ، وقد تستمر عددا من السنين يتغير فيها الأعضاء باستمرار . أما النوع الثاني فتتراوح مدته من ٦ إلى ١٢ اسبوعا حسب غرض وحجم الجماعة . ويغلب أن يكون اجتماع الجماعة مرة في الأسبوع ، إلا أن الفترة قد تكون أطول بقصد إعطاء الفرصة لتجريب السلوك الجديد والخبرات التصحيحية . وتستخدم نماذج للواجبات المنزلية أو قد تستكمل هذه الواجبات في الجلسة . كما تستخدم السبورة وتسجيلات الفيديو والتسجيلات الصوتية ليستمع لها العضو بين الجلسات مع التحذير النوى بمراعاة السرية .

ويتعين أن يكون المعالج قد تلقى تدريباً بواسطة معالج من الثقات . وتشمل المهارات المطلوبة في المعالج : تقييم مشكلات العميل بما في ذلك الميكانيزمات الدفاعية التي يستعين بها ضد التغيير ؛ القدرة على التعاطف الوجداني مع العميل ؛ المعرفة بوسائل تناول العلاقات بين المعالج والعميل ؛ إرادة العمل النشط والموجه للعملاء ، وتحديد بنية الجلسة ؛ والمرونة الكافية لتغيير الأسلوب ليناسب الموقف ؛ الذكاء والمعرفة العريضة بالعلاج النفسى ؛ المثابرة ، الاهتمام بمساعدة الآخرين والتحرر من التفكير البراجماتي ، وأخيرا الخبرة الشخصية بالعلاج العقلاني - الانفعالي .

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

جماعات اللقاء المواجه « الماراثون » : بالرغم من أن العلاج العقلاني - الانفعالي من أكثر المدارس العلاجية اهتماما بالجوانب المعرفية ، إلا أنه يمكن أن يعدل بنجاح طبقا لتقدير إليس إلى ما يسميه « لقاء مواجه عقلاني في نهاية

الأسبوع « A weekend of rational encounter » وتقتضى الساعات الأولى من هذا الماراثون العقلاني - الانفعالي في جعل أعضاء الجماعة ينخرطون في سلسلة من التدريبات الموجهة الهادفة إلى أن يعرف كل منهم الآخر معرفة وثيقة ، وأن يتصلوا معا اتصالا لفظيا وغير لفظي ، وأن يتحدثوا عن بعض خبراتهم المثيرة للخجل ، وأن يقوموا بمغامرات غير مألوفة ، وأن يجربوا المواجهات الفردية العميقة . وفي هذه الساعات الأولى ينحى جانبا وعن عمد « حل المشكلات » . وحين يتعرف أعضاء الجماعة بعضهم على البعض الآخر ، ويتخلون عن بعض دفاعاتهم ، تقضى ساعات طويلة في الخوض في أعماق مشكلاتهم بالأسلوب المعتاد في العلاج العقلاني - الانفعالي بحيث يستطيع الأعضاء فهم المصادر الفلسفية لمشكلاتهم الانفعالية وكيف يستطيعون تغييرها بأنفسهم عن طريق تغيير الجوانب المعرفية .. وكذلك تمارس بعض التمارين اللفظية وغير اللفظية لتشجيع المواجهة والعلاج المتعمق . وتعطى واجبات منزلية معينة لكل عضو في الجماعة ، وأخيرا تمارس بعض تمارين ختامية .. ويستغرق الماراثون الكلي ما بين ١٤ ، ٢٤ ساعة ، ويعقد عادة لقاء آخر لعدة ساعات بعد ستة أو ثمانية أسابيع من اللقاء الأول للتحقق من التقدم ومن أداء الواجبات المنزلية ومن الموقف الانفعالي الحالي . وفي بعض الحالات قد يوصى بعلاج للمتابعة ويقوم هذا العلاج . ويقرر إليس أن الخبرات تؤكد أن مثل هذا النوع من العلاج يكون عادة خبرة سارة ومفيدة لأعضاء الجماعة .

المنهج العقلاني - الانفعالي والمناهج الأخرى :

يرتبط العلاج العقلاني - الانفعالي ارتباطا وثيقا بالمناهج المعرفية في العلاج ، ويتفق في جوانب منه بنظرية جورج كيللي في « المركبات الشخصية » **Personal Constructs** وتمتاز هذه النظرية الأخيرة بأنها تربط بين المنهج الظواهرى وبين منهج التعلم الاجتماعى . وهى نظرية بالغة التعقيد ، ولكنها تقوم على أساس افتراض رئيسى هو أن السلوك الإنسانى يتحدد بواسطة ما أسماه جورج كيللي « المركبات الشخصية » أو طرق استباق أو توقع العالم . أى أن الفرد يسلك طبقا لتوقعه القريد عن عواقب السلوك (وهى نظرية قريبة من نظرية روتر) ، ومن ثم فإن مركبات الناس أو توقعاتهم عن الحياة تكون واقعهم وتوجه سلوكهم . فمثلا ، قد يعتبر الفرد سكيننا حادة شيئا خطرا قادرا على إحداث أذى كبير . ويؤدى هذا التوقع إلى سلوك

الجماعة النموذج الذي يستخدمه المعالج لا عن طريق الخبرة بتشخيص المشكلة فقط ولكن أيضا عن طريق التعليم المباشر بان الاعتقادات اللاعقلانية تخلق خبرات انفعالية سلبية .

ومن الميكانيزمات أيضا « الواجبات المنزلية » والتي يطلب من الأعضاء القيام بها في الفترة بين الجلسات ، ويقصد بها ليس تشجيع الأعضاء على المناقضة المعرفية لاعتقاداتهم اللاعقلانية بقوة وحماس . كما يشجع الأعضاء على قراءة الكتب الملائمة ومنها كتب إليس وتوزع استمارات يسجل فيها العضو الاعتقادات اللاعقلانية وينقضها فورا . وهي تتبع نموذج ABCDE (D: disputing أى المناقضة ؛ E effects of disputing أى تأثيرات المناقضة) . ويعتقد إليس أن قيام مناخ يتسم بالدفء والمساندة وتبادل الثقة في الجماعة ليس في حد ذاته علاجيا وهو لا يشجعه خوفا من أن يشجع ذلك ، الشخص على التمسك بالاعتقادات اللاعقلانية .

الممارسات : لا يكاد يرفض إليس أحدا من المتقدمين للعلاج بعد إجراء مقابلة انفرادية معه في البداية يخبره فيها بين أن يراه في جلسة انفرادية أخرى أو أن ينضم إلى إحدى الجماعات العلاجية ، وفي الجلسة الأولى يقدم للعضو نموذج ABC في إطار مشكلته الحاضرة ، ويصنف إليس الناس إلى فئات : عادى ، عصابى ، بينى وذهانى - ويبدو أن الكثيرين من أعضاء جماعته العلاجية من الذهانيين أو من ذوى الشخصيات البينية أو ممن يعانون من مشكلات شخصية حادة . ولذلك فقد يستمر عدد منهم في الجماعة دون تحسن لسنين . والأسلوب الشائع هو أسلوب إليس الذي يركز على مناقضة الاعتقادات اللاعقلانية . وعادة تعقب الجلسة الرئيسية جلسة تالية يديرها معالج مشارك وتحدد فيها « الواجبات المنزلية » . وقد بدأ حديثا الاهتمام بالجماعات « المقفولة النهاية » والقصيرة الزمن والتي تشكل لعلاج مشكلات متجانسة معينة مثل مشكلات الحداد والاكتئاب والقلق الاجتماعى ومنها التحدث للجمهور ومشكلات الوالدية والأدمان وهذه تكون عادة لست إلى ثمان جلسات تليها جلسات متابعة تعقد بدون المعالج . وتبدأ هذه الجماعات عادة بمدخلات تربوية مكثفة مثل قراءات وتقديم معلومات ويحاول المعالج التركيز قدر الامكان على الموضوع - وقد يجمع بين العلاج العقلاني - الانفعالي وبين مناهج أخرى مثل المنهج الطبى في علاج الإدمان .

والمعالج مهني محترف يتحمل مسؤوليات أخلاقية في المجال العلاجي ، ومنها تهيئة البنين الملائم للخبرة الجماعية وجهود حل المشكلات . وأعضاء الجماعة مسئولون عن تقديم مضمون كل جلسة . والقائد ليس مجرد ميسر للعملية الجماعية تقتصر مهمته على خلق الظروف لتحقيق النمو الايجابي لإمكانات الأعضاء ، وهو في نفس الوقت ليس عضوا في الجماعة فليس من حقه الخوض في مشكلاته أو تكوين علاقات خاصة مع الأعضاء خارج جلسة العلاج . بل إنه يلعب دورا نشطا في كل جلسة بوصفه معلما معالجا ، إلا إذا اختار أن ينسحب من المناقشة وأن يمارس دوره كمدرّب coach . ويحرص المعالج على ألا يحتكر الجماعة فرد واحد أو أكثر أو أن يشيع الاضطراب في صفوفها وألا تسيء عبارات لا علاجية تصدر عن الأعضاء إلى التقدم العلاجي . وتدار مناقشات الجماعة بطريقة دبلوماسية إلى مجالات منتجة . وحين يعمل المعالج بوصفه مدربا ، فإن أعضاء الجماعة يتحملون مسؤولية حل المشكلات الشخصية التي يقدمها العضو المحوري ، والإفادة من خبرة الجماعة وتطبيق النموذج العلاجي بطريقة مفيدة . ويمكن للمعالج أن يتدخل حين تنحرف الجماعة عن مسارها أو حين يضعف أداؤها . كما يكون المعالج متنبها لاحتمالات الانخراط في حلول عملية بدلا من محاولة حل الصدمات أو المعرفيات السيكولوجية . والمعالج مسئول أيضا عن التفاعلات الانفعالية التعبيرية داخل الجماعة بالرغم من أن الاهتمام الرئيسي في العلاج العقلاني - الانفعالي هو التوجه نحو المهمة والتركيز عليها . والعمل يطلب منه الموافقة مبدئيا على قبول التحويل إلى العلاج الفردي أو العكس أو إلى العلاج الطبي إذا تطلب الأمر ذلك ، وهذه هي مسؤولية المعالج في العلاج الفردي وفي الإحالة .

ويتوقف اختبار أعضاء الجماعة وتكوينها على أغراض الجماعة - فهي غالبا جماعة ذات أغراض عامة ، ولكن لا يقبل بها عادة الأشخاص الذين يحتمل أن يشعروا الاضطراب في صفوف الجماعة بسبب ذهان أو بسبب كثرة الكلام ، (وهو ما يكتشف عادة في المقابلة الأولى الانفرادية) . فهؤلاء يحالون إلى العلاج الفردي . إلا أنه يمكن تكوين جماعات لأغراض خاصة تركز على فئة تشخيصية معينة مثل الاكتئاب أو على موضوع معين مثل مشكلات المرأة أو الخوف من الطيران . والأولى تتطلب تقييما سيكولوجيا يستعان فيه بالاختبارات ، والثانية قد يكفي فيها الإحالة

حذر بالنسبة للسكاكين الحادة . ونظرا لأن مثل هذا السلوك يعكس توقعا صحيحا لعواقب الإهمال ويجنب الفرد فعلا أخطار الحوادث ، فإن مركب « السكاكين الحادة خطيرة » يكتسب الصدق . وإثبات صدق المركبات الشخصية هو في نظرية كيللي ، الهدف الأكبر لكل كائن إنساني . فالسلوك الانساني لا يعكس رغبات غريزية أو تأثيرات التدعيم الخارجى أو نزعات استجابات متعلمة ، ولكنه يعكس محاولات الفرد خلع معنى على العالم كما يراه (أى التوقع الصحيح) ويحاول كل فرد أن يكون على صواب فيما يتعلق بالظاهرة التى نعرفها باسم الحياة . وبعبارة أبسط ، فإن الفرد يشعر بارتياح نتيجة الفهم أكبر مما يشعر به نتيجة الارتباك . وطبقا لنظرية كيللي ، فإن السلوك المشكل ينتج حين تنشأ لدى الفرد مركبات خطأ غير دقيقة . فمثلا ، الفرد الذى ينظر لكل شىء فى الحياة على أنه إما طيب وإما غير طيب سوف يواجه مشكلات لأنه لا يمكن وضع كل الموضوعات والأشياء والأحداث على هذا البعد دون تحريف أو دون تعميم زائد . ومثل هذا الشخص يغلب أن ينظر إليه على أنه أنانى وانطباعى وضعيف الحكم على الشخصية ، ويغلب أن تكون علاقاته مع الآخرين علاقات عاصفة . والتشابه واضح بين نظرية جورج كيللي ونظرة أنصار نموذج التعلم الاجتماعى فى الإطار المعرفى ، فهما يقومان جزئيا على أساس الاهتمام المشترك بدور النشاط المعرفى فى تحديد السلوك الظاهر وعلى أساس حقيقة أن كيللي يرى أن الناس قادرون على تعلم تغيير مركباتهم الشخصية ، وبالتالي أنماط الاستجابة الصادرة منها . وتمزج هذه الفكرة الأخيرة بين المفاهيم المعرفية والظواهرية وبين مبادئ التعلم الاجتماعى ، وهو المزج الذى نتجت عنه نماذج علاجية مختلطة ، أولا من قبل كيللي نفسه ، وبعد ذلك من قبل آخرين فى مقدمتهم إليس .

وطبقا لنظرية كيللي ، فإن خبرة القلق تنتج عن وعى الفرد بأنه يقوم بتنبؤات خطأ عن الأحداث ولا تتوفر لديه بدائل فى إطار مجموعة مركباته الشخصية لتحل محلها . وطبقا لإليس ، فإن القلق ينتج عن انتقاص للذات متوقع (قلق الأنا) أو قلق عدم الارتياح . ومفهوم كيللي عن « التهديد » قريب من مفهوم قلق الأنا لدى إليس . فالتهديد هو وعى بتغيير شامل كبير فى الأبنية المحورية التى تحكم إحساس الفرد بهويته الشخصية وتكامله . وكل من منهج كيللي وإليس منهج لا تاريخى فى النظر إلى الشخص والاضطراب ، وكذلك فإن التنبؤات عن الأحداث والتوقعات مفاهيم هامة فى نظريات باندورا وروتر . ويتعلم الفرد التوقعات إما خلال خبرة

مباشرة أو وسائط بديلة مثل إصابة أو فشل وهكذا ينشأ القلق ، ومن خلال أداء سلوك جديد يتعلم الفرد أن يدافع أو أن يواجه بكفاءة وسائط أكبر وهكذا يتعلم توقعات جديدة عن أدائه .

ويتفق إليس وفرويد في تأكيدهما على مبدأ اللذة والغرضية في الدافعية وعلى الضبط العقلاني للانفعالات . ولكن فرويد يرى أن القلق العصائى هو نتيجة تهديد دفعات الهو واندفاعها فى الشعور ، بينما يرى إليس أن مصدرها هو المطالب اللاعقلانية . ويرفض إليس فكرة فرويد عن محددات الطفولة لسلوك الراشد وكفاية الاستبصار لتغيير السلوك. والنموذج المحدد البناء للاشعور ، ويعزف العلاج العقلانى - الانفعالى عن التداعى الحر وعن جمع المعلومات الكثيرة عن التاريخ الماضى للعميل ، كما يعزف عن تحليل الأحلام ، إذ أنها تبعد العميل إلى متاهات جانبية وليس لها تأثير . ولا يهتم العلاج العقلانى - الانفعالى بالأصول الجنسية المفترضة للاضطراب ، أو بعقدة أوديب . وعندما يحدث الطرح فى العلاج النفسى ، فإن المعالج يغلب أن يهاجمه لا أن يشجعه ، وذلك عن طريق أن يظهر للعميل أن ظاهرة الطرح تنزع إلى أن تنشأ عن المعتقدات اللاعقلانية للعميل بأنه يتعين أن يكون محبوبا من المعالج (ومن الآخرين) وأنه لكى يتحرر من اضطرابه ، فإنه يتعين أن يتخلص من هذا الاعتقاد السخيف - وبالرغم من أن العلاج العقلانى - الانفعالى أكثر قربا من مدارس التحليل النفسى الجديدة مثل مدارس هورنى وفروم وشتيكل وساليفان وألكساندر عن مدرسة فرويد ، إلا أن المعالج العقلانى - الانفعالى يستخدم قدرا أكبر بكثير مما تستخدمه هذه المدارس من الاقناع ومن التحليل النفسى ومن الواجبات المنزلية النشطة ومن الأساليب الموجهة ، وهو يفعل ذلك على أسس نظرية بالإضافة إلى الأسس البراجماتية أو التوفيقية .

ولا يتفق العلاج العقلانى - الانفعالى إلا قليلا جدا مع مفهوم اللاشعور لدى فرويد ويونج وغيرهما من أصحاب النظريات السيكودينامية ، ولكن يعتقد أن الإنسان لديه عدة أفكار ومشاعر أو حتى أفعال يكونون غير واعين بها إلا قليلا جدا أو غير واعين بها كلية . وهذه الأفكار والمشاعر « اللاشعورية » تكون فى الغالب تحت مستوى الشعور بقليل وهى لا تكون غالبا مكبوتة كبتا عميقا ، ويمكن إرجاعها للشعور بقدر بسيط من التساؤل الموجه عقليا - انفعاليا . فإذا كان العميل مثلا غاضبا من زوجته بقدر أكبر مما يعيه ، وإذا كان الدافع إلى غضبه بعض

أفكار عظيمة لاشعورية ، فإن المعالج العقلاني - الانفعالي (وهو على وعى بهذه المشاعر والأفكار اللاشعورية للعميل ، طبقا لنظريته وحين يقدم له العميل دليلا معينا على احتمال وجودها ، يمكنه عادة أن يقود العميل إلى : (١) افتراض أنه غاضب من زوجته وأن يبحث عن برهان لاختبار هذا الفرض ، (٢) أن ينظر إلى أفكار العظمة كلما شعر بالغضب وأن ينظر فيما إذا كانت هذه الأفكار غير موجودة حقيقة لديه . وفي غالب الحالات ودون اللجوء إلى التداعي الحر أو تحليل الأحلام أو تحليل علاقة الطرح أو التنويم أو غير ذلك من الأساليب التي يفترض عمقها في الكشف عن العمليات اللاشعورية ، يمكن للمعالج العقلاني - الانفعالي أن يكشف عن هذه العمليات في فترة قصيرة قد لا تتجاوز الدقائق ، وهو يظهر للعميل باستمرار الاتجاهات والاعتقادات والقيم التي يتمسك بها عميله لاشعوريا ، وهو بالإضافة إلى ذلك يعلمه طرق إظهار هذه الأفكار في الشعور بسرعة وأن ينقضها حين لا تتفق معه معرفيا وانفعاليا وبذلك يقلل أو يتحرر منها .

ويشارك العلاج العقلاني - الانفعالي في الكثير من سيكولوجية آدلر ، ولكنه يتعدا ابتعادا كبيرا وراديكاليا عن الممارسة الأدليرية التقليدية في تأكيد أهمية : ذكريات الطفولة الأولى المبكرة ، العلاقة بين المعالج والعميل ، تحليل الأحلام ، والإصرار على أن مصلحة المجتمع هي لب التأثير العلاجي . كما أن العلاج العقلاني الانفعالي هو من ناحية أخرى أكثر تخصيصية من علم النفس الفردي لآدلر في الكشف عن الاعتقادات المتمثلة داخليا والعيانية للعميل وتحليلها والهجوم عليها ، وهي الاعتقادات التي تؤكد للعميل خلق واستمرارية اضطرابه .

ويتفق العلاج العقلاني - الانفعالي مع نظرية يونج في العلاج في جوانب كثيرة وبخاصة في النظرة الكلية إلى العميل بدلا من النظرة التحليلية فقط ، وفي النظر إلى هدف العلاج بوصفه نمو العميل وتحقيق إمكانياته بالإضافة إلى تحريره من أعراض الاضطراب وفي تأكيد فرديته وتحقيقه لما يريد هو حقيقة . ولكن العلاج العقلاني - الانفعالي يختلف في ممارساته عن العلاج في إطار نظرية يونج لأن هذا الأخير هو كما يقول محلل في ممارسته للعلاج النفسي ، يعتمد على تحليل الأحلام والأخيلة والرموز والمحتويات الميثولوجية والطرز الغريبة لتفكير العميل ، وهو ما يعتبر في العلاج العقلاني - الانفعالي مضیعة للوقت والجهد لأن هذه الأساليب غير فعالة

فلا تظهر للعميل افتراضاته الفلسفية الأساسية ولا تتحداها أو تغيرها لأنها هي التي تخلق الاضطراب .

ورغم التشابه في الأهداف ، إلا أن العلاج العقلاني - الانفعالي يقع على الطرف النقيض في الأساليب من العلاج الوجودي ، ذلك أن إليس يصر على الاعتماد على الذات في القضايا الخلقية وعلى عدم اللوم الخلقى للذات أو لذات الآخرين وتساعدا في النظر إلى الواقع ، بينما يعتقد روجرز أن الإنسان جيد وخير بالطبيعة وأن ذلك يؤدي إلى قرارات صحيحة واعتبار للذات دون فرض شروط لاحترام الشخص وتقييمه . فكل من روجرز وإليس يؤكد على صورة الذات في نظريتهما في الاضطرابات . ويؤكد روجرز ومثله فرويد ، على الدور المركزي للوعي بالتهديد . ولكن التهديد في نظرية روجرز هو أن يصبح الفرد واعيا بالتناقض بين الذات الحقيقية الظاهرة والذات المثالية التي يخلقها الفرد من ظروف الاستحقاق (القيمة) التي يفرضها الآباء وغيرهم . ويقرب كثيرا من ذلك مفهوم إليس من حيث أن المطالب اللاواقعية يجب تحقيقها قبل أن يحس الفرد بقيمته وإلا أصابه القلق . ومنهج روجرز هو الاكتساب التدريجي لاعتبار الذات مع تناقص ظروف الاستحقاق ، بينما يتمثل المنهج العقلاني - الانفعالي في تنشيط قيام فلسفة لتقبل الذات ، وعدم شرعية مقاييس التقدير الذاتي وتحدي الناس لإثبات صدق تعبيراتهم المبنية على مقاييس تقدير الذات بمختلف صورها . ويقلل إليس من أهمية خبرات الطفولة ويرى أن الناس يعلمون أنفسهم مخططات التقدير الذاتي وأنها غير مفروضة من الخارج . وهو يرفض مفهوم روجرز في ضرورة إقامة علاقة دافئة مع العميل بوصفها شرطا لنجاح العلاج ، بل إنه يرى على العكس أن ذلك قد يدعم المطلب اللاعقلاني للقبول .

ويتفق بيرن في التحليل العبر - تفاعلي مع إليس من حيث أن كليهما معرفي . ويسعى المنهجان إلى مساعدة الناس على الوعي بمعرفياتهم . إلا أن العلاج العقلاني - الانفعالي يؤكد على « الحوار الداخلي » بينما يؤكد التحليل العبر - تفاعلي على الحوار اليبينشخصي . ورغم ذلك فإنه يمكن ترجمة الكثير من مفاهيم العلاج العقلاني - الانفعالي بلغة التحليل العبر تفاعلي . فالتعبير « يجب » اللاعقلاني يمكن اعتباره حالة « أنا الوالد » وتعبيرات « يجب » اللاعقلانية حول الإشباع المباشر هي حالة « أنا الطفل » بينما تتماثل الاعتقادات العقلانية مع حالة « أنا الراشد » . ويشرح

يبرن القلق على أساس موقف الحياة «NOTOK» نتيجة نقص الاستجابة للحاجات الاعتيادية في مرحلة الطفولة . وهو موقف يخلق القلق حين يركز الفرد على المستقبل وينمى توقعات سلبية . وقد يشير إليـس بنفس المعنى إلى مثل هذا الشخص بأنه يقلل من ذاته ، ويتوقع الرفض ويفشل بسبب النقص المفترض في كفاءته ولكن إليـس يرفض المفاهيم الارتقائية ، ويفضل علمها مفاهيم بيولوجية يتعلم الفرد في إطارها الاعترافات الالـقلائية .

ويؤكد على المسئولية الفردية والزمان والمكان الحاليين لكل من العلاج العقلاني - الالـقلائي والتحليل العبر - تفاعلي وروجرز والعلاج الجشثالتي في الوقت الذي تشارك في نفورها من « يجب » . ويختلف بـرلز وإليـس في أن الأول يهتم بالالـقلائي وينظر نظرة معادية للفكر ويرى أن القلق ينتج حين يخاف الشخص من عدم تلقي العون الخارجى الذي يحتاجه أو من فقدانه ، لأنه ينقصه التكامل ، أى لأنه يتصل فقط بجزء من ذاته . وعلى العكس يهتم إليـس بالفكر العقلاني ويرى أن الالـقلائي شيء يتعين الالـقلائي منه أو الغاءه (٢٠ ، ص ١٧٤) . وبينما يرى بـرلز أن الوعى الذاتى والتكامل ينتجان الوحدة الكلية والكفاية الذاتية التى تلغى القلق ، يفترض إليـس أن تقبل الذات والتفكير العقلاني يحققان نفس النتيجة .

والعلاج العقلاني - الالـقلائي هو وجودى أو ظواهرى في جوانب كثيرة ، حيث أن الأهداف العقلانية - الالـقلائية تشترك مع الأهداف الوجودية العادية في مساعدة العميل على تعريف حرته هو وتأكيد فرديته وأن يعيش في حوار مع زملائه وأن يتقبل خبراته هو بوصفها أعلى سلطة وأن يكون حاضرا في اللحظة وأن يتعلم تقبل الحدود في الحياة . إلا أنه في تقدير إليـس ، فإن الكثير ممن يصفون أنفسهم بأنهم معالجون وجوديون يتعصبون ضد تكنولوجيا العلاج النفسى وضد أى نوع من التوجيه بينما يستعين المعالج العقلاني الالـقلائي بالتحليل المنطقى والأساليب الواضحة (بما في ذلك بعض إجراءات تعديل السلوك) بالكثير من التعليم والتوجيه من قبل المعالج . ولذلك ، فإن العلاج العقلاني الالـقلائي أكثر قربا من الطرق النشطة التى يستخدمها بعض الوجوديين مثل فرانكل عما هو إلى الطرق الأكثر سلبية التى يستخدمها وجوديون مثل ماى .

ويشترك العلاج العقلاني - الانفعالي في الكثير مع العلاج عن طريق التعلم الاشرطى أو تعديل السلوك كما يراه أيزنك وتلامذته ؛ وتلامذة سكينر مثل فرستر ؛ وفولبي وزملائه . إلا أن الكثير من العلاجات السلوكية تهتم أساسا بإزالة الأعراض وتهمل الجوانب المعرفية في الإشرط وإزالته ، ولذلك فإن العلاج العقلاني - الانفعالي أكثر قربا من أساليب المدى العريض لتعديل السلوك والتي يمثلها باندورا وفرانكس ولازاروس وميشينباوم .

ولا يتفق العلاج العقلاني - الانفعالي مع آراء جليسر في « العلاج على أساس الواقع » ومع آراء غيره ممن يصرون على أن كل الناس لديهم عدة حاجات أساسية أو ضروريات وبخاصة الحاجة إلى التأييد والنجاح وأنه إذا أعيق إشباع هذه الحاجات ، فإن الفرد لا يمكن أن يتقبل ذاته أو أن يكون سعيدا . ويفكر العلاج العقلاني - الانفعالي في المقابل في إطار رغبات أو نزعات إنسانية تصبح حاجات فقط إذا عرفها الناس كذلك خطأ .

نقد العلاج العقلاني - الانفعالي والعلاج المعرفي :

يرى ويسلر وهانكين (١٠ ، ص ١٧٠) أن نموذج ABC لا يشكل نظرية كاملة للشخصية ، فهي لا تغطي كل مراحل نمو الشخص وارتقائه ، وتنقصها البنية المولدة للافتراضات ، ولم تسمح باستخراج فروض قابلة للتحقيق الأمبريقي على يدى إليس أو غيره . وحين يدعى إليس أن ٨٠٪ من تباين السلوك الإنساني يستند إلى أسس بيولوجية فإنه لا يقدم دليلا أمبريقيا على ذلك .

ولم تكتمل بعد النظريات المرتبطة بالأنواع الأخرى من العلاج المعرفي . ويخلص ويسلر وهانكين من عرضهما للموقف النظرى للعلاج العقلاني - الانفعالي إلى أنها نظرية في الاضطرابات أكثر منها نظرية في الشخصية . ولكنهما يستثنيان من هذا النقد نظريتي باندورا وروتر في التعلم الاجتماعي ، إذ تؤكد كل من النظريتين على أهمية المتغيرات المعرفية وتقدم بيانات من البحوث تؤكد النظرية .. فمثلا ، يحدد باندورا استراتيجيات معينة للعلاج ممتدة بين نموذج تعديل السلوك ويؤكد على أن تغيرات معرفية يغلب أن تحدث حين يؤدي الشخص سلوكا جديدا ويلاحظ كفاءته وكفايته . ورغم أن ويسلر وهانكين يتفقان مع إليس على أن المبالغة في التقويمات التي

يستمدّها الناس من تمثيلاتهم المعرفية للواقع ، هي التي تتوسط معظم الاستجابات الانفعالية ، إلا أنّهما يختلفان معه في طريقة التعديل المعرفي المطلوب ، فهما يحاولان مساعدة العميل على الكشف عن خبراته اللاشعورية وذلك باستخدام الأخيذة الموجهة لتوضيح معرفيات العميل والارتباط بين المعرفة والوجدان والسلوك . وتُخلق مواقف لأعضاء الجماعة يتخيلون فيها خبرات جديدة وإعادة تقييم لأفكارهم نتيجة لذلك . وبذلك يتوقع أن تزداد دافعية الفرد للتغيير والالتزام مما يزيد في جاذبية المسار المختار للفعل (٢٠ ، ص ١٧٧) . ورغم أنه لا يفترض في العلاج العقلاني - الانفعالي قيام علاقة خاصة بين المعالج والعميل أو بين المعالج وأعضاء الجماعة ، إلا أن ويسلر وويسلر حاولا تحديد ما يكون تحالفا علاجيا فعالا ، يقوم فيه القائد بدور نشط وموجه توجها مباشرا ويركز فيه على الفرد ولا يحاول دمج الأعضاء في بنان جماعي متماسك . ولقيام هذا التحالف يحتمل أن يتطلب أن يدرك العميل المعالج أن له مصداقية ، وأن يتقبل المعالج العميل بوصفه شخصا . وتتحقق المصداقية من خلال إظهار المعالج لخبرته وقيمه وسمعته وتأهيله . ويقدم المعالج نموذجا للجماعة ويحاول بناء مناخ علاقات دافئ ومتعاطف مع أعضاء الجماعة .

ويعترف ويسلر وهانكين بقيمة الطرق المباشرة في تعليم أسس العلاج العقلاني - الانفعالي ولكنهما يفضلان استخدام الطرق الخبورية غير المباشرة والتي تهيء فرصة المشاركة في عملية التعلم (بدلا من الاستماع أو القراءة) وبذلك يمكن تمثيل المعلومات الجديدة . وتشمل هذه الطرق التمارين والمباريات والأخيذة الموجهة ، ومنها مثلا أن يشجع المعالج أعضاء الجماعة على الاسترخاء وأن يتخيل كل منهم نفسه في رحلة لزيارة منزل صديق في الريف استجابة لدعوة منه . وبعد أن يصل لا يجد العائلة في المنزل في ذلك الوقت حيث كان أفرادها في الخارج . ثم يدخل إلى غرفة الضيوف ويسكب كل ما في انبوية معجون الأسنان على أرضية وحوائط الحمام ؛ ثم يطلب المعالج من أعضاء الجماعة أن يكشف كل منهم عما يخبره في ذلك الوقت . وسوف يجد أن البعض يعبر عن القلق أو الغضب أو السرور بينما يرفض البعض الآخر حتى مجرد تخيل القيام بما طلب منه من عمل أو حتى دخول المنزل في غير وجود أهله . وسوف يتضح للجماعة أن اختلاف التقارير عن الاستجابات الانفعالية ليس نتيجة القيام بتلطيف متخيل لحجرة حمام متخيلة تلتطخ حوائطها بمعجون أسنان متخيل .. وسوف يكتشف الأعضاء أن من خبروا نفس الانفعالات كانت لديهم

نفس المعرفيات ، بينما يدهش البعض الآخر للاستجابات التي لم يكن ليتنبأوا بها . ثم يسأل المعالج : هل استجابتك لهذا الموقف تمثل استجاباتك العادية للمواقف الصعبة ؟ والمجال متسع لتمارين مبتكرة ، فقد يدور تمرين حول الخبرات الأليمة في حياة الفرد ويتخيل أن لدى الجماعة حقيقة كبيرة يطلب من أفرادها اختيار ما يودون الاحتفاظ به منها وإلقاء ما عداها في النهر . والمهم أن يربط المعالج بين المعرفيات والانفعالات وأن يظهر للأعضاء كيف أنهم يستجيبون بصورة وظيفية أكثر ملاءمة حين يغتربون من أوصافهم واستنتاجاتهم وتقويماتهم . ورغم أن إليس يرى أن المخاوف لها أساس معرفي إلا أن بعضها على الأقل قد يكون له أصل لا معرفي ولكن المعرفيات قد تكون حاسمة في الإبقاء عليها . وفي مثل هذه الحالات يفضل الجمع بين المنهج المعرفي والتكنيكات السلوكية ومنها « العلاج المعرفي السلوكي المتكامل » أو « العلاج متعدد الأبعاد » وهذا المصطلح الأخير هو ما يستخدمه لازاروس اسما لمنهجه العلاجي فمثلا ، امرأة تعاني من الخوف من الطيور قد تجمع خطة علاجها بين (١) التخلص التدريجي من الحساسية ؛ (٢) البحث عن معلومات عن الطيور ؛ (٣) تحديد أبنيتها المعرفية فيما يتصل بالخطر المدرك من الدخول في مواقف يمكن أن تتواجد فيها طيور ثم تعديل هذه الأبنية للتغلب على احتمال استمرارها في تجنب مواقف بها طيور .

البحوث : ركز عدد من البحوث على الفرضية المعرفية بوصفها عاملا في الاضطراب الانفعالي أكثر مما ركزت على العلاج العقلاني - الانفعالي . ويمكن الاطمئنان نتيجة هذه البحوث إلى أن المعرفيات تلعب دورا هاما في السلوك الإنساني وأن السلوك العصبي يرتبط بالأفكار غير الواقعية والتفكير اللامنطقي وأن المزاج يتأثر بالمضمون المعرفي . إلا أن ويسلر وهانكين (٢٠ ، ص ٢٠٠) يريان أن الفرضية الأساسية في العلاج العقلاني - الانفعالي ، وهي أن الاعتقادات اللاعقلانية تحدد الانفعالات السلبية بعكس الاعتقادات العقلانية لم تختبر بعد اختبارا كافيا . ويوجه عدد من الاعتراضات على بحوث نواتج العلاج ومنها عدم استخدامها لمقاييس سلوكية ، والاعتماد على مقاييس الورقة والقلم لتقدير اللاعقلانية ، وأن بعضها كان يغلب عليه الطابع التربوي وليس العلاج السيكولوجي ، كما كان البعض الآخر معرفيا ، وليس عقلانيا - انفعاليا خالصا ، وكان البعض الآخر خليطا من علاجات مختلفة . وليس هناك ما يثبت أن الاجراءات المتبعة كانت عقلانية - انفعالية .

والخلاصة : يتميز العلاج العقلاني - الانفعالي بأنه يمكن استخدامه لعلاج عدد كبير متنوع من المشكلات مثل القلق المتعلق بمخاطبة الجمهور فيتشابه في ذلك مع العلاج السلوكي ؛ أو يشجع على استكشاف الذات والوعي بالذات فيشارك المنهجين التحليلي والإنساني ، وهو يستخدم إجراءات مما يستخدم في مدارس علاجية أخرى لتحسين التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي . ويصلح العلاج العقلاني - الانفعالي مع الأفراد الذين يقوى لديهم الدافع للتغيير مثله في ذلك مثل الأنواع الأخرى من العلاج التي لا تفترض أن الفرد هو ضحية المجتمع والوالدين وممارسات التنشئة الاجتماعية الخاطئة أو الإشراف السلبي ، ولذلك فهو يصلح مع من يتقبل المسؤولية عن خلق اضطرابه ويريد التخفيف منه . ويصلح العلاج العقلاني - الانفعالي للأفراد الأذكياء ومتوسطى الذكاء ولكنه يستخدم مع فئات أخرى . إلا أنه لا يصلح لمن يتسمون باعتقادات دينية قوية ، ويذكر ويسلر وهانكين (٢٠) أنه يمكن أن يستخدم مع هؤلاء الأخيرين الصورة التي أعدها من صور هذا العلاج والمعروفة باسم العلاج التقويمي المعرفي **Cognitive Appraisal Therapy (CAT)** وقد سبق الإشارة إلى الفروق بينها وبين العلاج العقلاني - الانفعالي طبقا لمنهج إليس ، ولا يصلح العلاج العقلاني - الانفعالي لعلاج الذهانين والسيكوباتيين والشديدي الاضطراب الذين يرفضون المشاركة في جماعة . والجماعة أكثر صلاحية للبعض من العلاج الفردي لأنها تهيب موقفا فريدا للتعامل مع مشكلاتهم أو لدعم التغيير الواقع ، كما أنها تهيب الفرص لعودة العميل إليها إذا واجه أزمات حياتية جديدة .

الفصل العاشر

النماذج المعرفية
نموذج بيك في العلاج المعرفي
ومناهج أخرى

نموذج بيك :

يقرر بيك (٣) صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفى شيوعا ، أن منهجه نسق علاجى يقوم على أساس نظرية فى السيكوباثولوجيا ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الأمبريقية . ويرتبط البنيان النظرى بعلم النفس المعرفى ونظرية تشغيل المعلومات وعلم النفس الاجتماعى . وهو علاج يتسم بأنه نشط محدد البنيان والتوقيت . وقد استخدم بنجاح فى علاج عدد متنوع من الاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق والخاوف المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية ومشكلات الألم . ويقوم العلاج على أساس نظرى عقلانى ، وهو أن الطريقة التى يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون . فإذا فسروا موقفا على أنه خطر ، فإنهم يشعرون بالقلق ويريدون الهرب . وتستمد معارفهم: الأحداث اللفظية أو المصورة فى مجرى الشعور ، من الاعتقادات والاتجاهات والافتراضات . وقد استخدم مصطلح « العلاج المعرفى » بسبب ما وجد من أن الاضطرابات السيكلوجية تنبع غالبا من أخطاء معينة فى عادات التفكير (المعرفة) . فمثلا ، قد يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة ، أو قد يصدر أحكاما قاسية على نفسه أو يقفز إلى نتائج خاطئة أو يعجز عن التخطيط الفعال لمواجهة المشكلات الخارجية . وتستخدم الأساليب العلاجية المعينة فى إطار النموذج المعرفى للسيكوباثولوجيا ، وتمثل الاستراتيجية العامة فى مزيج من الإجراءات اللفظية وأساليب تعديل السلوك ، وهى أساليب تصمم بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة والاعتقادات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف واختبار مدى واقعيتها وتصحيحها . وعن طريق التفكير والفعل بواقعية أكبر وبأسلوب توافى فى مواجهة المشكلات السيكلوجية الحالية فى الموقف ، يتوقع أن يخبر المريض قادرا من التحسن فى الأعراض .

ويقرر بيك أن العلاج المعرفى كما صاغه مستمد من مصادر ومناهج نظرية أهمها : (١) المنهج الفينمينولوجى فى علم النفس وهو المنهج الذى يضى دورا مركزيا على نظرة الفرد لذاته ولعالمه الخاص فى تحديد سلوكه ، وهى فكرة بدأت مع الفلاسفة الإغريق ووجدت أصداء معاصرة لها فى كتابات آدلر ورائك وهورنى . وقد أسهمت هذه الكتابات فى ترجمة المفاهيم الأساسية فى العلاج المعرفى بصورة

إجرائية ؛ (٢) النظرية البنيوية لكانت ونظرية الأعماق لفرويد . وقد أسهم مفهوم فرويد في هيراركية البناء المعرفي إلى عمليات « أولية » و « ثانوية » في صياغة نظرية العلاج المعرفي ؛ (٣) إسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم الأبنية المعرفية والتشغيل المعرفي اللاشعوري . وفي مقدمة من أسهموا في هذا المجال من المعرفيين جورج كيللي في مفهومه عن المركبات الشخصية personal constructs بوصفها محددًا للسلوك ؛ النظريات المعرفية في الانفعالات لماجدا آرنولد وريتشارد لازاروس . أما عمليات وتكتيكات العلاج المعرفي في تأكيدها على إيجاد حلول لمشكلات حالية يمكن تعريفها ، فهي لها مقدمات سبقتها في أعمال أوستن ريجز وآلبرت إيليس . وقد استعان بيك جزئياً في صياغة أساليب السؤال والتعمق فيه بأساليب روجرز في العلاج المتمركز حول العميل . كما استعان بيك بمنهج التحليل النفسي وبخاصة منهج ليون سول في الكشف عن الخيوط المشتركة في الاستجابات الانفعالية للعميل وذكرياته ومفهوم المعرفة القبشعورية . ويتمثل تأثير تعديل السلوك في بنية المقابلة وتحديد جدول الأعمال وإرجاع الأثر وتحديد الأفعال وترجمة المشكلات بصورة إجرائية واختبار الفروض وصياغة واختبار أساليب حل المشكلات وتحديد ما يتعين على العميل القيام به خارج الجلسة . ويدين الطابع الأمبريقي للعلاج المعرفي بالفضل إلى تأثير المعرفيين وفي مقدمتهم ألبرت باندورا ، جيروم فرانك ، مارفين جولدفريد ، ميشيل ماهوني ، دونالد ميشنباوم وج . تيرنس ويلسون .

أسس النموذج المعرفي : يستند النموذج المعرفي إلى عدد من الأسس هي طبقاً لبيك (٣ ، ص ١٤٣٢) :

- (١) الطريقة التي يشكل بها الأفراد بنية الموقف تحدد كيف يشعرون ويسلكون .
- (٢) تفسير موقف يحمل في طياته مكانم الضغط ، عملية نشطة مستمرة تشمل على تقديرات متابعة للموقف الخارجي وقدرات الشخص على مواجهة الموقف والمخاطر والتكلفة والكسب لمختلف الاستراتيجيات . فحين يقدر الفرد أن مصلحته الحيوية في خطر ، فإنه ينزع إلى القيام بتصوير متمركز حول الأنا ومنتقى بعناية وبحيث يكون ملائماً للخطر أو الخسارة أو التقدم الذاتي ، مع تحديد البيان المعرفي لموقف مسؤل عن استثارة الوجدان وتعبئة الكائن للفعل (قلق) أو لشل الفعل . ويتوقف توجه التعبئة السلوكية نحو الهرب أو الهجوم

أو التقارب أو الانزواء على مضمون البنيان المعرفي ، كما أن الوجدانات الناتجة هي القلق والغضب والحب أو الحزن على التوالي .

(٣) لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة السيكولوجية ، كما أن الحساسية الخاصة للشخص المعين يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها . ونظرا لأن الناس يختلفون اختلافا كبيرا في حساسياتهم المعينة ، فإن ما يشكل ضاغطا لشخص قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر .

(٤) تؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي ، وحين تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة ، فإن النظم المعرفية البدائية والمميزة للفرد تنشط ، وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة وشمولية إلى جانب واحد . ويفقد الفرد قدرا كبيرا من التحكم الارادى في عمليات التفكير وتنقص قدرته على التخفف من التفكير الحاد والشاذ . ويصاحب ذلك نقص في القدرة على التركيز والاستدعاء والاستدلال .

(٥) تفسر الفروق في تنظيم الشخصية بعض التباين الكبير في حساسيات الأفراد للضغوط . فمثلا ، يختلف الأفراد ذوو النزعة الاستقلالية عن الأفراد ذوي النزعة الاجتماعية في نوع الضغوط التي يتسمون بالحساسية نحوها . ويترتب على ذلك أن حدوث اضطراب سيكياترى يكون مشروطا إلى حد كبير بدرجة الحساسية النوعية التي ترتبط ببنيان الشخصية .

(٦) تتكون الزمالات مثل اضطرابات القلق والاكتئاب من مخططات schemas(*) منشطة بقدر زائد وذات مضمون خاص بالزملة المعينة . وتشتمل كل زملة على نسق معرفي معين وحاكم ونزعات سلوكية ووجدانات ناتجة . والمضمون المعرفي لهذه الزمالات هو استمرار للمضمون المعين يستثير الوجدان والسلوك في الخبرة العادية ، وذلك كما يوضح الجدول التالي (٣ ، ص ١٤٣٣) .

* ويقصد بها أنماط معقدة تحدد كيف تدرك وتُصور الموضوعات والأفكار .

جدول (١)
استمرارية الميكانيزمات السوية واللاسوية

السلوك المعطل وظيفيا	الزملة المعطلة وظيفيا	المضمون المعرفي	الوجدان المعين
انكماش	اكتئاب	خسارة - ضياع - فقدان	حزن
امتداد - توسيع	هوس	كسب	سرور
تراجع	قلق	خطر	خوف
هجوم	بارانويدى	إساءة المعاملة	غضب

(٧) تحدث تفاعلات المعاناة مع الناس الآخرين في دورة من الاستجابات المعرفية اللاتوازمية والتي تتبادل التدعيم . وتؤدي ميكانيزمات معينة مثل الطراز المعرفي المتمركز حول الأنا ، والتشكيل framing والاستقطاب إلى زيادة تنشيط الميكانيزمات المرتبطة بالاكتئاب والقلق وحالة البارانويا والاضطرابات السيكياترية الأخرى .

(٨) قد يظهر الشخص نفسه الاستجابة البدنية للتهديدات السيكلوجية الاجتماعية أو الرمزية التي يظهرها للتهديدات الفيزيقية . وتتضمن تعبئة مسلسل : « القتال - الهرب - التجمد » نفس النظم المعرفية - الحركية سواء كان مستوى معنى التهديد أو التحدى هو هجوم فيزيقى أو نقد اجتماعى .

نموذج السيكلوباتولوجيا :

ينظر إلى الاضطرابات السيكلوباتولوجية من منظور فيمنولوجى بوصفها استمرارا للاستجابات المعرفية - الوجدانية السلوكية السوية لمواقف الحياة . وبهذا المعنى ينظر إلى السيكلوباتولوجيا بوصفها نوعا من المبالغة في الاستجابة ، ويمكن استخلاص وظائف معينة من الانفعالات الرئيسية الأربعة الواردة في الجدول السابق . فالخزن يبدو أنه يستثار حين يكون هناك إدراك لخسارة أو فقدان أو هزيمة أو

حرمان ، يتمثل غالبا في شكل توقعات إيجابية لم تتحقق أو لم تتأكد ، أى الشعور بخيبة الأمل . والعاقبة المألوفة هي سحب الاستثار في المصدر المعين للشعور بخيبة الأمل . وعلى العكس ، فإن النشوة تتبع إدراكا لمكسب ، ومن ثم تنزع إلى تدعيم النشاط نحو تحقيق الهدف . وعلى العكس من الحزن والسرور المرتبطين بأهداف إيجابية ، فإن القلق والغضب يستثاران استجابة للتهديدات ، فالقلق يستثار حين يكون الفرد مهتما بعواقب حساسيته ، أى إيقاع الأذى به ، ومن ثم فهو يرغب على الانزواء . وعلى العكس ، فإن التركيز في الغضب يكون لا على حساسية الشخص ، ولكنه يوجه إلى الخصائص الهجومية للتهديد ، ومن ثم فإن الشخص ينزع سلوكيا إلى مقابلة التهديد بالهجوم .

وفي تقدير بيك ، فإنه يبدو أن الزملات السيكوباتولوجية تمثل أشكالا مبالغا فيها أو مستمرة ، لاستجابات انفعالية عادية . وهكذا ، فإنه في الاكتئاب ، يتضخم ويمتد الشعور بالهزيمة أو الحرمان والحزن وفقدان الاهتمام بالأهداف السابقة . وفي اضطرابات القلق ، يكون هناك إحساس معمم ومكثف بالحساسية ، وبالتالي نزعة إلى حماية الذات أو الهرب . وفي اضطرابات البارانونيا ، فإن إدراك الشخص لنفسه على أنه سيئت معاملته يعمم ويؤدى إلى الغضب والنزعة إلى الهجوم المضاد . وفي النموذج السيكوباتولوجى المعرفى ، ينظر إلى هذه الزملات العادية أو السيكوباتولوجية بأنها تتكون من خلال عمليات معرفية « أولية » شبيهة بمفهوم فرويد عن العملية الأولية . وهكذا ، فإن تصور الموقف ينزع إلى أن يكون شموليا وكليا وبدائيا . وهذا المستوى الأعلى من التشغيل المعرفى يكون أكثر نوعية وتهذيبا ، وهو حين يعمل بكفاءة ، فإنه يقدم اختبارا للواقع وتصحيحا للتصورات الكلية الأولية . ولكن كما هو الحال في مفهوم فرويد عن العملية « الثانوية » فإنه في السيكوباتولوجيا ، يبدو أن هذه الوظائف التصحيحية تصاب بالخلل وبالتالي يفقد الفرد السيطرة على الغضب والقلق والنشوة والحزن ، وتتنامي الاستجابة الأولية إلى زملات سيكوباتولوجية كاملة . والأسباب القريبة والبعيدة للاضطراب لا توجد في الأبنية أو العمليات المعرفية ولكن يمكن فهمها بصورة أفضل في ضوء تفاعل عوامل فطرية وبيولوجية وارتقائية وبيئية (٣ ، ص ١٤٣٣) . وفيما يلي يقدم بيك حالة تمثل النموذج المعرفى السيكوباتولوجى :

« ج . ف طالب جامعي ذكر عمره عشرون عاما ، ظل يتلقى علاجاً سيكياترياً للاكتئاب لمدة ستة شهور . ورغم البرنامج العلاجي المكثف باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب والعلاج المساند ، إلا أن الطالب استمر في اكتابه . وبعد تحويله إلى العيادة ، شخص اكتابه بأنه عاقبة لقلق شديد : وقد أوضح تاريخ الحالة أن الطالب كان ناجحاً تماماً في نشاطه الأكاديمي والاجتماعي خلال مراحل الدراسة السابقة لالتحاقه بالجامعة . ولكنه وجد أنه في الجامعة ليس له أصدقاء ، بل تكونت لديه مخاوف من الغرباء ، وفي نفس الوقت كان يتحرق شوقاً لتكوين صداقات مع الجنسين ولكنه كان في صراع مستمر بين رغبته في إقامة علاقات جديدة وبين شعوره بالقلق الشديد حين يحاول ذلك ثم ينزوي . وكذلك وجد أن مطالب الدراسة أكثر مما يطيق وبدأ يشعر بالقلق من الفشل ، وأدى ذلك بدوره إلى التأثير في أدائه الأكاديمي ، كما أن مشاعر القلق أدت إلى تجنبه لقاء الناس وزيادة في فشله الدراسي . كل ذلك أدى إلى وقوعه أحياناً في نوبات ذعر خشية طرده من الجامعة ، وبدأ ينقد نفسه وينزوي عن الناس بل وفكر في الانتحار . وقد أظهر ج . ف . الأعراض الكلاسيكية للقلق (العصبية المستمرة ، تسرع القلب ؛ تصيب العرق ، نوبات الذعر) والاكتئاب (التيقظ مبكراً في الصباح ، فقدان الشهية والليبدو ، الانزواء ، فقدان التلقائية . الخ) وقد شخص ج . ف . في فئة « اضطراب وجداني رئيسي واضطراب قلق معمم » . وقد قدر أنه لعلاج قلق واكتئاب المريض ، يتعين الكشف عن مصدر انزوائه ، أي خوفه من لقاء الآخرين ، ومن الفشل في الدراسة . وقد عولج الأمر الأول من خلال برنامج للتدريب الاجتماعي والمران على المواجهة الاجتماعية ، كما عولجت مخاوفه من الفشل في الدراسة عن طريق تشجيعه على إعادة التفكير في الكوارث التي ينسبها إلى الأداء الأكاديمي مثل : شعور أهله بخيبة الأمل ، الفشل في الوصول إلى مرحلة الدراسات العليا ، عدم احترام الطلبة الآخرين له ، النظر إليه على أنه غبي ، الخ .. »

النموذج المعرفي للاكتئاب :

ينظر إلى الاكتئاب بوصفه تنشيطاً لثلاثة أنماط معرفية رئيسية تؤدي إلى أن ينظر المريض إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة متميزة سلبياً . ويسمى بيك هذه الأنماط « الثلاث المعرفي » cognitive triad . والمكون الأول هو نظرة المريض

السلبية إلى نفسه ، إذ يعتبر المريض نفسه ناقص الكفاءة يعاني من القصور والنبذ ، وهو ينزع إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية أو خلقية . وفي رأيه أنه لا قيمة له بسبب هذه النقائص المفترضة ، كما أنه ينزع إلى رفض نفسه بسببها . وفضلا عن ذلك ، فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة أو القناعة ويوجد هذا المكون في تقدير بيك لدى غالبية المرضى الاكتئابيين .. أما المكون الثاني في الثالوث المعرفي ، فهو التفسير السلبي غالبا للخبرة . فالمرضى ينزع إلى أن يرى عالمه الشخصي يتطلب منه أمورا غير معقولة ، ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة ، أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الأشباع . والمكون الثالث هو النظر إلى المستقبل بصورة سلبية . ويوجد هذا العرض في كل أنواع الاكتئاب تقريبا . فالمرضى يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية ، وهو لا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط . وهو يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال .

وتمثل الرغبات الانتحارية تعبيرا متطرفا عن الرغبة في الهروب مما يبدو أنه يستحيل السيطرة عليه ومن المشكلات التي لا يمكن تحمل أعبائها . فمثلا ، الطالب ج.ف. اعتبر نفسه عبئا لا قيمة له ، ولذلك اعتقد أن الكل بما فهم نفسه سوف يكون أحسن حالا إذا مات . وقد ترتبط بعض الأعراض البدنية بهذه الأنماط المعرفية ومنها فقدان الذائق للطاقة وسرعة وسهولة الشعور بالتعب ونقص المبادأة ، وكلها مستمدة من التوقعات السلبية . فمثلا ، عندما كان ج.ف. يشجع على المبادأة بنشاط كان يقل إحساسه بالتعب .

نشأة وتطور الاكتئاب : يفترض النموذج السابق أن المفاهيم التي ترجح انزلاق فرد إلى الاكتئاب تنشأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، وتتشكل بالخبرات الشخصية وتنبع من التوحد مع آخرين من ذوى الأهمية في حياة الفرد ومن إدراك الفرد لاتجاهات الآخرين نحوه . وحين يتكون مفهوم معين ، فإنه قد يؤثر في تكوين المفاهيم التالية ؛ وإذا صمدت فإنها تصبح بنية دائمة أو مخططا schema دائما . ورغم أن هذه المخططات قد تكون كامنة في وقت معين ، إلا أنها تنشط في ظروف معينة . فالمواقف الشبيهة بالخبرة المسؤولة عن توسيد اتجاه سلبي قد تستثير الاكتئاب . فمثلا ، إذا كان راشد قد فقد والده خلال طفولته ، فإن انقطاع علاقة شخصية وثيقة في مرحلة الرشد قد تنشط مفهوم فقدان لا رجعة فيه ، وهو المفهوم الذى تلون

بفعل خيرة سابقة مبكرة . ومن أمثلة الأحداث المرسبة الأخرى ، الأداء في امتحان في مستوى أقل مما كان متوقعا ، أو تخفيض رتبة الشخص في العمل ؛ أو الإصابة بمرض أو مواجهة صعوبات بالغة أو إحباطات في السعى لتحقيق أهداف هامة في الحياة . والاكتئاب لا يحدث دائما في علاقة مع مواقف ضغط معينة ، ولكنه قد يكون استجابة لسلسلة من خيرات صدمية غير معينة . ورغم أن أيا من هذه الأحداث قد يكون مؤلما للشخص العادى ، إلا أنها لا يتوقع أن تنتج إكتئابا إلا إذا كان لدى الشخص حساسية خاصة للموقف بسبب نزعات معينة ، وبينما قد يستطيع الشخص العادى الاحتفاظ باهتمامه بجوانب أخرى في الحياة بالرغم من مثل هذه الصدمة ، فإن الشخص الذى يحمل إمكانيات الاكتئاب ، يختر تحولا سلبيا في نظرته إلى كل جانب من جوانب حياته . وكلما تعمق اكتشابه ، فإن تفكيره يتزايد في تشعبه بموضوعات اكتشائية مألوفة . بصرف النظر عن الموقف المباشر ، ويبدأ تدريجيا في فقد قدرته على النظر إلى أفكاره السلبية نظرة موضوعية . ويبدو أن المخططات المسيطرة تعوق عمليات الأبنية المعرفية المتضمنة في اختبار الواقع وفي الاستدلال . وقد تنسب إلى تأثير هذه المخططات الأخطاء المنظمة التى تؤدى إلى تحريف الخبرة مثلها مثل التفسير الجزافى والتجريد الانتقائى . وطبقا للنموذج المعرفى للاكتئاب ، فإن موقفا غير سار من مواقف الحياة يستثير مخططات معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان وخيرات سلبية ولوما للذات تنتج بدورها التأثيرات المرتبطة بها مثل الحزن والشعور باليأس والوحدة وتناقص الأداء . ويدعم شعور الشخص بأنه ليس على خير فكرة أن الأمور يتعين أيضا ألا تكون بخير .

النموذج المعرفى لاضطرابات القلق :

يرى يك أن مختلف زملاات القلق هى تعبير عن تزيد في الأداء الوظيفى أو خلل في ميكانيزم البقاء العادى . وكما هو الحال في الاكتئاب ، فإن الزملاات المختلفة هى ببساطة تعبير عن عمليات نظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وفسولوجية معينة . والميكانيزم الأساسى للتعامل مع تهديد ، هو نفسه بالنسبة لكل من الشخص القلق والشخص السوى . والفرق بينهما هو أن إدراك الشخص القلق للخطر إدراك غير صحيح أو فيه تزيد ، وأنه يقوم على أساس مسلمات خطأ ، بينما تتضمن الاستجابة السوية لتهديد تقديرا معقولا في دقته لإمكانية الإصابة بأذى ، ورغم أن

الشخص السوى قد يخطيء في التعرف على موقف بأنه يشكل خطراً ، ومن ثم يعبأ دون ضرورة للتعامل معه ، فإن خطأ الإدراك قابل لإخضاعه لاختبار الواقع ، كما أن الاستجابة الكلية تعود إلى مستواها الأساسى بعد الاختبار التصحيحي للواقع . وعلى العكس من ذلك ، يخطيء الشخص القلق باستمرار في إدراكه للخطر ، وهو قليل الحساسية نسبياً للمؤشرات الدالة على الأمان . كما أنه يبدو أن فعالية اختبار الواقع لديه مصابة بالخلل . ويدور مضمون الفكر لدى المريض الذى يعانى من قلق إكلينيكي، حول مفهوم الخطر وكيف يمكن التعامل معه ، وهو حين يواجه موقفاً مشكلاً أو غامضاً ، فإن الشخص القلق يجد نفسه قد خلص إلى أشد العواقب سلبية . ورغم أنه قد يكون من الملائم أحياناً اعتبار أسوأ الاحتمالات ، إلا أن المريض بالقلق الإكلينيكي يكون لديه تثبيت على اعتبار أشد النتائج تطرفاً وسلبية ، ولذلك فهو يكون دائماً أكثر من مستعد لمواجهة التهديدات الفيزيقية أو الاجتماعية .

ويستثير التقويم المعرفى للخطر : (١) المكون الوجدانى ؛ (٢) المكونات الحركية وبخاصة تلك التى تصمم خصيصاً لمواجهة التهديد مثل الدخول فى معركة أو الهرب أو التجمد أو الإغماء ؛ (٣) المكون الفسيولوجى وبخاصة الجهاز العصبى الأوتونومى الذى ييسر أفعال المكون الحركى المعين . ويمكن التعرف على الأعراض المعينة بوصفها الخبرة الذاتية للأجهزة المعينة : العصبية (وجدانية) ، توتر عضلى (حركية) ؛ الرغبة فى الهروب (دافعية) ؛ كف الكلام والحركة (سلوكية) ومخاوف متعددة وكف للذاكرة وتفكير انتقائى (معرفية) ، ويلعب القلق الذاتى دوراً فى حث الكائن العضوى على القيام بأفعال وقائية استجابة للخطر . ورغم أن الاستجابة المباشرة للخطر مثل التجمد ، تحدث غالباً فوراً ، إلا أن القلق يودى وظيفة دفع الشخص إلى اختيار استراتيجية مناسبة بعد تقدير الموقف الخطر . والقلق الذاتى له وظيفة أمنية هامة لأنه يزيد بعامة كلما اقترب الشخص من موقف خطر ويقل كلما انسحب الشخص من الموقف . وهكذا ، فإن الخبرة غير السارة للقلق تدعم الدافعية لإنقاص الخطر عن طريق الانسحاب . وفضلاً عن ذلك ، فإن القلق يغلب أن ينه الشخص إلى تعبئة وتنشيط ميكانيزمات المواجهة لإنقاص الخطر الحقيقى . والقلق المستمر ، حين لا يكون هناك تهديد موضوعى ، قد ينسب إلى التعامل المستمر غير الفعال مع المواقف بوصفها أخطاراً . وحين يكون مفهوم الشخص عن خطورة موقف مشكلاً خطأً أو مبالغاً فيه ، فإنه لن توجد فرصة لتنمية

أو لتطبيق مهارات المواجهة ، لأنه لا يوجد خطر موضوعى تكون المواجهة فيه ملائمة . والربط بين الجهاز العصبى الأوتونومى (ANS) والجهاز العصبى السوماتى (SNS) يعكس نوع التفاعل المختار مثل الهرب أو التجمد ، أكثر مما يعكس الغرض من الفعل مثل الهجوم أو الهرب . ويتوقف نوع الاستثارة الأوتونومية على النمط السلوكى المعين (حركى) الذى يعبأ ، وليس على الوجدان مثل القلق أو الغضب أو الحب ، أى الغرض البعيد - ووظيفة النشاط الأوتونومى هى تيسر النشاط الحركى من خلال تنظيم إمداد الدم ، والأيض وضبط الحرارة مثلا عن طريق إفراز العرق . ويستمد تدخل الجهازين الأوتونومى والسوماتى من التهيؤ المعرفى المعين .. فمثلا ، التهيؤ للتحفز الزائد - الاستعداد للقتال أو الهرب أو الدفاع ، قد يتمثل فى أن يربض الشخص فى موقفه بصلاية ، كما لو كان متجمدا ، ويزيد ضغط دمه ومعدل نبضات قلبه ؛ بينما قد يتمثل موقف العجز فى أن يسقط الفعل ، فينقص معدل الضغط ومعدل نبضات القلب . ويرتبط موقف المجابهة (التهيؤ) النشاط بسيطرة الجهاز العصبى السيمبثاوى ، بينما يرتبط الموقف السلبي (الذى يستثره تهديد طاغ غير متوقع) بسيطرة باراسيمبثاوية . وفى كل من الحالتين تتشابه الخبرة الذاتية بالقلق - ويظهر الشخص نفس النوع من الاستجابة الفيزيقية للتهديد السيكولوجى - مثل نقد جارح من قبل رئيس - كما يظهره استجابة لتهديد فيزيقى مثل إصابة . فيحدث نفس التمث الأوتونومى - الحركى مثل التصلب الدفاعى وتصيب العرق وتغيرات ضغط الدم ونبض القلب استجابة لأى من النوعين من التهديد . ويعبر عن كف الفعل - التصلب العضلى ، الحبسة ، والعجز عن الكلام ، من خلال العجز عن الفرار المرتبط بالسيطرة السيمبثاوية . ويعكس الكف العضلى والصوتى الدافع لوقاية الذات وضبطها . هذا الميكانيزم الذى يعمل فى اضطرابات القلق لا يكون مجديا فى المواقف العادية من التهديد السيكولوجى - الاجتماعى ، فالشخص الذى يعانى من قلق الاختبار أو الحديث للجمهور يصبح مثبتا على الكارثة النهائية مثل الفشل أو الرفض ؛ ومن ثم فإن أفكار الفشل أو الرفض رغم أنها تكون خارج المهمة المباشرة تصبح مركز الخطر ، ومن ثم تندعم . ونظرا لأن التركيز والتخطيط والتذكر لا تنتمى إلى الخطر ، فهى بالتالى تحبس أو تتعطل . وتعطيل التركيز الانتقائى والذاكرة عملية نشطة . ويبدو أنه فى حالات الذعر ، يكون هناك كف انتقائى مشابه للنشاط الفكرى واختبار الواقع .

أسس العلاج

العلاقات العلاجية : العلاقات بين المعالج والمريض لها أهميتها في العلاج المعرفي مثلها مثل بقية أنواع العلاج لأنها تقدم الوسط الملائم للتقدم العلاجي . ويقرر بيك أن المعالج يقوم بالوظائف التالية : (١) إرشاد المريض لتمكينه من كسب الفهم الذي يمكنه من القيام بمجابهة أكثر فعالية لمشكلاته ، وهذه هي عملية « الاستكشاف المرشد » ؛ (٢) العمل بوصفه عاملا وسيطا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج والتي يمكن أن تحسن من المهارات التواؤمية للمريض . ويعمل المعالج على إظهار دفاء صادق في العلاقة وتقبل غير مشروط بإحكام كما هو الحال في العلاج المتمركز - حول - العميل (روجرز) ، ولكنه على عكس العلاج الراجهرى والعلاج التحليلي ، فإن المعالج المعرفي يلعب دورا نشطا في مساعدة المريض على التحديد الدقيق لمشكلاته والتركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة والمران عليها . وتأخذ معظم التعبيرات اللفظية للمعالج شكل أسئلة ، تعكس التوجه الأمبريقي الأساسي والهدف القريب لتحويل نظام الاعتقادات المقفل لدى المريض إلى نظام مفتوح . فالمعالج يشرك المريض في إعداد جدول أعمال كل جلسة وفي تقديم إرجاع أثر لكل ما يقترحه المعالج أثناء الجلسة . ورغم أن محاولة تبذل للاحتفاظ بالدفاء الأمثل والعلاقة الطيبة خلال العلاج ، إلا أن هذا الجهد لا يحول دون الكشف عن الاستجابات السلبية من قبل العميل ومقاوماته للعلاج . وهذه الاستجابات غالبا ما تكون أكبر أجزاء العلاج قيمة ، وتكون لاستجابات الطرح غالبا قيمة في إظهارها تحريفات المريض في إدراكه للعلاقات الشخصية . وكذلك تعالج المقاومات من خلال الكشف عن الاعتقادات اللاوظيفية الكامنة وراءها .

ونظرا لأن الفترة القياسية للعلاج المعرفي للاكتئاب هي ١٥ جلسة تمتد على مدى ١٢ أسبوعا (٣ ، ص ٤٣٦) فإن هناك ضغطا كبيرا على كل من المعالج والمريض لمحاولة استغلال الوقت المتاح بأفضل صورة ، ولذلك ، فإن جهدا كبيرا يوجه لدفع المريض إلى القيام بواجبات منزلية تهدف إلى مساعدته على التعرف على المعارف السلبية والاستجابة لها ، وأن يتقن المهارات المعرفية والسلوكية التي تعلمها

خلال الجلسات ، وأن يختبر الفروض ، والهدف القريب هو تحسين إعادة البناء المعرفى والذى يتضمن تعديلا للتحيز المنتظم للمريض فى تفسيره لخبرات الحياة الشخصية وللقيام بتنبؤات مستقبلية . والخلاصة ، أن العلاج المعرفى هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دورا نشطا فى مساعدة عميله على الكشف عن التحريفات الإدراكية والافتراضات غير الفعالة وظيفيا وتعديلها .

إنقاص المشكلات : يشكو مرضى كثيرون من أعراض عديدة متنوعة ، ولا توجد نهاية لمحاولة التعامل مع كل عرض وما يرتبط به من مشكلات معينة . إلا أنه يمكن عادة الكشف عن قاسم مشترك بين الأعراض ، ومن خلال التركيز عليه ، يمكن حل مشكلات كثيرة فى نفس الوقت . فمثلا ، قد تعاني امرأة من مخاوف استخدام المصاعد أو الأنفاق أو الصعود إلى المرتفعات أو البقاء فى الأماكن المغلقة ، أو ركوب سيارة فى أماكن مفتوحة أو ركوب طائرة أو السباحة أو الجرى أو قد تخاف من الرياح الشديدة والأيام الحارة الرطبة . وقد اكتشف المعالج بعد فحص كل من هذه المشكلات أن القاسم المشترك بينها هو الخوف من الاختناق ، بل إن ركوب سيارة مكشوفة كان يستثير فيها تخيل أن « الرياح سوف تسحب من فيها » ، وخوفها من ركوب طائرة كان يرجع إلى تخيلها أن وقودها سوف يتسرب أو أن الأكسجين سوف ينفذ . وإذا تخيلت نفسها مستلقية على شاطئ فى يوم حار رطب كان يستثير فيها الخوف من الاختناق . وقد حاول العلاج تركيز انتباه المرأة على المؤشرات النفسية . وقد بدأت إدراك أنها سوف تحس بالاختناق حتى من مجرد التفكير بأنها سوف تجد نفسها فى أحد المواقف السابقة .

تصميم خطة العلاج : تتكون الخطوة الأولى من القيام بتصوير مؤقت للحالة . وتشكل مثل هذه الصياغة عادة النسيج الذى تنسج فيه خيوط أنماط الاستجابة العادية للعميل وحساسياته المعينة والضغط المعينة التى تفعل فعلها فى هذه الحساسيات التى تنشط النمط الحالى للأعراض . وتشتمل هذه الصياغة أيضا على تلخيص أو تجريد للعوامل الارتقائية الأولى والعلاقات والتوافقات وبعض الأفكار عن تأثيراتها على بنية الشخصية الحالية للمريض . وأخيرا ، فإن الصياغة المثالية تشتمل على شرح للكيفية التى يعالج بها المريض المشكلات والضغط الحالية فى ضوء تاريخ الحالة . فمثلا ، صيغت حالة ج.ف. على النحو التالى (٣ ، ص ١٤٣٦) « كان هذا الشاب ناجحا تماما أكاديميا واجتماعيا قبل التحاقه بالجامعة . إلا أنه كان يعاني من ثلاثة

حساسيات مقنعة حتى وقت التحاقه بالجامعة : (١) كان لديه خوف كامن من الغرباء استطاع أن يخفيه عن طريق الاعتماد على الأصدقاء للمبادأة بالاتصالات مع أفراد من خارج جماعته ؛ (٢) استمد جزءاً كبيراً من الإشباع والرضا من التعامل مع الآخرين ؛ (٣) كان يتمسك بمستوى جامد متصلب من المعايير الأكاديمية والاجتماعية ساوى بمقتضاها بين مستوى عال من النجاح وبين أن يكون للشخص قيمة . ولذلك فإن أى إنجاز يقل عن هذا المستوى المرتفع كان يقيمه على أنه فشل وأنه يعنى أنه شخص لا قيمة له .. وقد اصطدمت خبراته في الجامعة مع هذه الحساسيات . ونظراً لأنه حرم من أصدقائه السابقين نتيجة لالتحاقه بالجامعة ، فإن مخاوفه من الغرباء قد نشطت . ونتيجة لحرمانه من الإشباع والرضا اللذين كان يحصل عليهما سابقاً من خلال التفاعل الاجتماعي فإنه شعر بالوحدة وبدأ يتشكك في قيمته الشخصية . وأخيراً ، فإنه نتيجة لتخلفه عن الحد الأدنى المقبول من الإنجاز الأكاديمي والذي فرضه على نفسه ، فإنه بدأ ينظر إلى نفسه على أنه غبي ومتخلف .

وقد اشتملت الخطة العلاجية على مساعدة هذا الشاب في التغلب على مخاوفه الاجتماعية عن طريق تخطيط سلسلة متدرجة من الاتصالات الاجتماعية وعلى القيام بلعب أدوار للتفاعلات الاجتماعية . وقد تطلب الأمر تخطيطاً محدد البنية ليومه ، تحدد فيه مواقيت الدراسة والترفيه والأنشطة الاجتماعية . كما اشتملت الخطة على فحص لافتراضاته الكامنة واختبارها على محك الواقع .

الأساليب المعرفية :

يركز العلاج المعرفي للاضطرابات السيكياترية على إنقاص نشاط « المخططات » المسيطرة والمصابة بخلل وظيفي ومساندة الوظائف التوافقية . ويشجع المريض على فحص العوامل الداخلية : الأفكار ، والدوافع والمشاعر التي تسهم في قيام الاضطراب .. وكذلك يشجع المريض على الكشف عن المعاني التي ينسبها إلى الأحداث المزعجة . وتستخدم الأساليب المعرفية التي سوف نناقشها في الفقرات التالية لتوضيح مشكلات المريض ، التعرف على الأفكار الأوتوماتية ، التعرف على التحريفات الإدراكية وتصحيحها ، التعرف على الاعتقادات والافتراضات العريضة الكامنة وراء المعارف المصابة بخلل وظيفي . ومن خلال عملية امبيريقية تعاونية ، يصوغ المعالج المعرفي والمريض استنتاجات وفرضيات المريض التي تفحص وتختبر من

خلال زيادة الموضوعية والمنظور . ومن خلال تقويم المعارف المختلة وظيفيا ، قد ينجح المعالج والمريض في إحداث تحولات في تفكير المريض إلى مستوى أكثر واقعية . وقد يتحقق التغيير البنائي من خلال تحليل القواعد والحتميات التي تحكم استجابات المريض ، ثم يمتد التغيير البنائي إلى ما هو أبعد من تعديل الأخطاء المعرفية المرتبطة بزملة معينة إلى تغيير التنظيم الذي يكمن وراء هذه القواعد والمعادلات والافتراضات التي تخطيء في تصنيف الأحداث وتدرکها بوصفها تشكل خطورة .

التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية : ملء الفراغات : لا يعنى معظم الناس الأفكار الأوتوماتيكية التي تسبق المشاعر غير السارة ، كما أنهم لا يعون الكف الأوتوماتيكي . إلا أن من خلال التدريب ، يمكن زيادة وعيهم بهذه الأفكار ، وأن يستطيعوا تحديدها بدرجة كبيرة من الانتظام . ذلك أنه من الممكن إدراك فكرة والتركيز عليها وتقويمها بنفس القدر الذي يمكن به للشخص التعرف على إحساس مثل الألم والتفكير فيه . وتشتمل الأفكار الأوتوماتيكية على أفكار معينة لفظية كما تشتمل على صور . والطريقة الأساسية لمساعدة الشخص على التعرف على أفكاره الأوتوماتيكية هي تدريبه على ملاحظة تعاقب الأحداث الخارجية واستجاباته لها . ويمكن للمريض أن يقدم تقريرا عن الظروف التي يشعر فيها بالضيق أو الانزعاج ولا يستطيع تقديم تفسير أو سبب لذلك . وعادة تكون هناك فجوة بين المنبه والاستجابة الانفعالية له . ويمكن أن يكون التزید في الاستجابة الانفعالية أو الاستجابة غير الملائمة أكثر قابلية للفهم إذا استعاد المريض الفكرة التي حدثت خلال هذه الفجوة . ويشير إلیس (٨٣ ص ١٤٣٦) إلى هذا التعاقب بمصطلح « الاستجابة أ ب ج » وتشير (أ) إلى المنبه المنشط ، وتشير (ج) إلى الاستجابة غير الملائمة أو المتزيدة بينما تشير (ب) إلى الفجوة أو الفراغ في عقل المريض . فمثلا ، رأى « ج . ف » صديقا قدما يعبر الشارع فانتابه قلق بدا غير مفهوم إلى أن استرجع أفكاره فكانت على النحو التالي : « إذا حيت بوب ، فقد لا يتذكرنى وقد ينهرنى ، فقد مر زمن طويل وقد لا يعرف من أنا ، وقد يكون من الأفضل تجاهله » .

وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية عن الجرى العادى للأفكار التي نلاحظها خلال التفكير أو التداعى الحر بخصائص . ذلك أنه حين يعانى الشخص من نوع من السيكوباتولوجيا ، فإن نسبة كبيرة من الأفكار الأوتوماتيكية تعكس مضامين الموضوعات المعينة لهذه الزملة السيكوباتولوجية . ويغلب أن تكون هذه الأفكار

سريعة وعند حافة الوعي بعامة . وهى غالبا تسبق بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق ، وأن يتسق مضمونها مع هذا الوجدان . وهى أفكار معقولة تماما بالنسبة للمريض ويسلم بأنها دقيقة ، ولها صفة الحتمية . وقد يحاول الشخص خبسها ولكنها تلح في الظهور .

التعرف على الأخطاء المعرفية : يفسر المريض المكتئب أو القلق المواقف على نحو سلبي بصورة منتظمة رغم إمكان تفسيرها على نحو أكثر قبولا . وحين يطلب من المريض التفكير في شرح بديل ، فإنه قد يعي أن تفسيره الأولى متحيز أو أنه يقوم على أساس استنتاج قليل الاحتمال . وقد يمكنه حينئذ أن يعي أنه قد حاول لوى الحقائق كى تتفق مع استنتاجاته الخاطئة . ويرتكب المريض عادة عددا من الأخطاء في التصور أو الاستنتاج . ومن التحريفات المعرفية المألوفة ما يلي :

(١) الاستنتاج التعسفى : وهو يشير إلى عملية استخلاص نتيجة غياب دليل يسندها أو فى وجود دليل ينقضها . فمثلا ، حين رأى ج . ف صديقا قديما يعبر الشارع ، راودته فكرة أن هذا الصديق قد لا يرحب برؤيته .

(٢) التجريد الانتقائى : أى التركيز على تفصيل ينتزع من السياق ويتجاهل التفاصيل الأخرى الأكثر بروزا ، وكذلك تجاهل خصائص الموقف وتصور الخبرة كلها على أساس هذا العنصر . فمثلا ، لاحظ ج . ف أثناء عرضه لموضوع فى قاعة المحاضرات أن زميلين ظهرا كما لو كانا يشعران بالملل ، فتوصل إلى نتيجة أن « الكل يشعر بالملل » .

(٣) التعميم المتزايد : أى التوصل إلى نتيجة تعمم على كل المواقف على أساس حدث مفرد . فمثلا ، حدث سوء تفاهم بين ج . ف ووالديه فاستنتج أنه « لا يستطيع التفاهم مع الجميع » .

(٤) التضخيم والتحقيم : ويؤثران فى تقويم الأهمية النسبية لأحداث معينة . فمثلا ، قرأ « ج . ف » ورقة أسئلة الامتحان فضخم من العمل مفكرا « هذه أسئلة لا يمكن الإجابة عنها » ، كما أنه فى نفس الوقت انتقص من قدرته « لا أعرف شيئا عن هذا الموضوع » .

(٥) التنسيب الشخصى : Personalization أى النزعة إلى الربط بين الذات وأحداث خارجية حين لا يكون هناك أساس للقيام بهذا الربط .

(٦) التفكير الثنائي : ويحدث حين ينزع المريض إلى القيام بالتفسير على أساس « إما وإلا » أو « الأبيض أو الأسود » . فمثلا ، كان ج.ف يرى نفسه ناجحا يتسم بالكفاءة والشعبية ، ولكنه بعد التحاقه بالجامعة بدأ ينظر إلى نفسه على النقيض عن نظرتة الأولى ، فهو غير كفء وفاشل وغير محبوب . وحين قرأ ج.ف في الجريدة الجامعية أن تحقيقا يجرى مع بعض الطلبة بتهمة السرقة ، بدأ يفكر أن « الدور عليه » .

اختبار الواقع : وهو طريقة تتكون أساسا من تشكيل اعتقاد مختل وظيفيا في صورة فرض واختباره . فمثلا ، فكر ج.ف أنه سوف يضايق المحصل إذا راجع ما سلمه من نقود ، ولكنه حين اتبع الاستراتيجية العلاجية باختبار تنبؤاته في هذا الموقف ، وجد أنها كانت خاطئة في ٩٥٪ من المرات .

الإزاحة من الوسط : Decentering يشعر معظم الاكتئابيين أو القلقين بأنهم محط الانتباه من الآخرين الذين يلاحظون سلوكهم ويحكمون عليهم . وهكذا ، فإنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم مرفوضون وملومون ومعرضون للنقد دائما . فمثلا ، كان ج.ف يفكر في أنه لو انحرف ولو بدرجة قليلة جدا في ملبسه عن المألوف ، فإن الناس الآخرين سوف يلاحظون ذلك ويستنكروه . فلما نفذ الخطة العلاجية بأن يمتنع عن حلق ذقنه يوما واحدا وألا يتأثق كما اعتاد ، وأن يمشى في الشارع بخطوات مترنحة . وحاول أن يحصى عدد الاستجابات الاستنكارية لمظهره ، وجد أن أحدا لا يبدو أنه يهتم بملاحظته حين سلك على هذا النحو .

التحكم في مستوى القلق أو المعاناة : يعتقد كثيرون من المصابين بالقلق المزمن أو الحاد بأن قلقهم في مستوى مرتفع . إلا أن القلق يحدث عادة في موجات . فإذا أيقن المريض أن القلق له بداية وقمة ثم يبدأ في التناقص ، فإن المريض يصبح أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر . فمثلا ، قد يتعين على المريض أن يصمد في موقف اجتماعي إلى أن تمر موجة القلق وتنتهى وهى طريقة شبيهة بالأسلوب المتبع في زيادة مستوى تحمل القلق من خلال علاج مريض الأجروفوبيا بتعرضه للموقف الذى يستثير لديه القلق . ويكلف المريض بأن يعرض نفسه لخبرة تتزايد في مدة استشارتها للقلق دون أن يلجأ إلى سند مثل قرص دواء أو القيام بمكالمة تليفونية ، أو

الهرب من الموقف المثير للقلق . وسوف يجد أنه فعلا يستطيع أن يبقى في هذه المواقف مددا أطول دون زيادة في المعاناة أو القلق .

الأساليب السلوكية :

نظرا لأن جزءا هاما من التأثير الإيجابي للعلاج المعرفي ينتج عن تطبيق المريض للقواعد خارج جلسة العلاج ، فإنه من المهم مساعدة المريض على التخطيط ليومه وللأسبوع بصورة تعظم من تأثير العلاج . والأساليب السلوكية تكون هامة بخاصة في بداية العلاج مع المرضى شديدي الاكتئاب إلى الحد الذي لا يمكنهم فيه القيام بالتأمل الباطني الضروري للتعامل مع الأفكار أو الافتراضات الأوتوماتيكية . وتمثل الخطوة الأولى غالبا في الحصول على معلومات خط الأساس عن طريق سؤال المريض أن يكمل استمارة « جدول النشاط اليومي » . وعلى أساس هذا التقرير ؛ يشرع المعالج والمريض في جدول التعيينات المنزلية ، والتي قد تختلف اختلافا كبيرا طبقا للمرحلة المعينة من العلاج .

وفي البداية ، يتفق المعالج والمريض على جدول الأنشطة التي تساعد في تعبئة المريض ومقاومة القصور الذاتي الذي يكون موجودا غالبا وبخاصة في حالات الاكتئاب . ونظرا لأن معظم المرضى يحتاجون إلى التقدم بخطوات صغيرة ، فإن الجدول يتكون من مهام متدرجة لإعطائهم فرصة النجاح دون إجهاد كبير فوق طاقتهم . ويشتمل الجدول التالي على سبيل المثال على الأساليب السلوكية الشائعة :

أعد ج.ف ومعالجه خطة ييادىء بمقتضاها باتصالات اجتماعية من خلال توجيه أسئلة لزميل في فصل الدراسة ، ثم يتقدم تدريجيا إلى أن يستطيع إتقان أكثر المهام صعوبة بالنسبة له ، وهو طلب موعد من فتاة . ولدعم النجاح ، طلب منه القيام بتقديرات لدرجة الإتقان واللذة والرضا طبقا لخبرته الذاتية . ونظرا لأنه كان متخوفا من أداء هذه التعيينات ، فإنه أجريت بعض الأنشطة التحضيرية خلال المقابلات ، ومنها المران السلوكي الذي لا يمكنه فقط من ممارسة أساليبه في العيادة ، ولكنه ينشط أيضا الأفكار الأوتوماتيكية السلبية فتتحقق له بذلك فرصة لتقويمها . وقد استخدمت الأساليب السلوكية بوصفها « تجارب مصغرة » لاختبار الفروض المتعلقة بمدى قبوله من الآخرين ومدى كفاءته . فمثلا ، تنبأ ج . ف بأنه سوف

يكون عاجزا تماما عن التقرب من زميلة له في الدراسة ، وأنها سوف تجده غير جذاب . إلا أن التجربة أوضحت أنه يمكن أن يتحدث مع أنثى دون أن ينعقد لسانه وأنها لن ترفضه .

مواطن الاستخدام والحدود والنتائج : طبق العلاج المعرفى واختبر في البداية في علاج مرضى الاكتئاب أحادى القطب unipolar في جامعة بنسلفانيا . وقد أوضحت أول دراسة نظامية للنتائج أن تحسنا كبيرا قد حدث باستخدام العلاج المعرفى للاكتئاب استمر لمدة ١٢ اسبوعا في ٨٠٪ من المرضى . وقد كانت هذه النتائج أفضل من نتائج مجموعة ضابطة عولجت باستخدام imipramine (توفرانيل ، جي جي) . وقد استمر التحسن في دراسة متابعة لمدة عام . وكذلك أوضحت دراسات أجريت في جامعة أدنبره ، وبريتيش كولبيا وبسبرج ، تفوق العلاج المعرفى - السلوكى أو السلوكى - المعرفى على استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب . وقد أوضحت دراسات تمت في جامعتى مينسوتا وواشنطن أن العلاج المعرفى يتساوى في تأثيره مع استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ، بينما أظهرت دراسة في جامعة أدنبره أن الجمع بين العقاقير والعلاج المعرفى كان متفوقا على أى منهما بمفرده . وقد أوضحت دراسات مضبوطة فعالية العلاج المعرفى في علاج اضطرابات القلق ، والقلق الاجتماعى وصداع الميجرين ، القلق من الحديث للجماهير ، القلق من الاختبار ، ضبط الغضب والألم المزمن . كذلك أوضحت تجارب أن العلاج المعرفى إضافة لها قيمتها في العلاج التقليدى لإدمان الهيروين . وكان العلاج المعرفى أكثر فعالية من « العلاج العادى » في تحسين انصباع مرضى الهوس للعلاج بالليثيوم .

وقد أوضحت دراسات مبدئية أن الجمع بين العلاج المعرفى والعلاج بالعقاقير يمكن أن يفيد في علاج الهذات لدى مرضى الفصام ومساعدتهم في التخفيف من التفكير الخلطى والسلوك الخلطى . وكذلك أوضحت دراسات أخرى أنه يمكن أن يفيد في علاج « عدم الشهية العصبى » والاعتماد الكحولى والعدوان الجنسى . وقد كشفت بعض الدراسات عن أن أنواعا معينة من الاكتئاب مثل الاكتئاب الذهائى والملائخوليا ضعيفة الاستجابة للعلاج المعرفى - غير أن دراسات حديثة أوضحت أن الاكتئاب الذى لا يستجيب للعلاج المعرفى بمفرده أو العقاقير المضادة للاكتئاب بمفردها قد يستجيب للجمع بينهما .

نماذج وإجراءات سلوكية - معرفية أخرى :

يشارك المنهجان السلوكي والمعرفي في أن كلا منهما يركز على الأعراض الظاهرة أكثر مما يركز على أسباب دينامية مفترضة . كما أن كلا منهما يؤكد على السلوك في الحاضر أكثر مما يركز على خبرات الماضي . وفي كل منهما يشارك المعالج بإيجابية في إعداد برنامج علاجي معين . وبينما يرى بيك أن العلاج السلوكي هو فرع من العلاج المعرفي ، وأنه يعمل أساساً من خلال تغيير المعرفيات ، فإن الأدب المعاصر في تعديل السلوك يناقش مناهج العلاج المعرفي تحت عناوين مثل : « إعادة البناء المعرفي » و « إعادة البناء العقلاني » ، الخ .

منهج جولدفريد ، وجولدفريد في إعادة البناء المعرفي : وهو مثال واضح للتكامل بين العلاج المعرفي والاستراتيجيات السلوكية المساندة في إعادة البناء المعرفي ، ويهدف إلى مساعدة العميل على تعديل الجمل الداخلية أى ما يقوله لنفسه ، إذ يتعلم العميل أولاً كيف تسبب الجمل الداخلية المشكلات الانفعالية ، ثم يتخيل العميل موقفاً مشكلاً (ربما في ترتيب هيراركى) ، ويتعلم الكشف عن التعبيرات الذاتية غير المرغوبة والتي تصدر عنه في هذه المواقف ويتدرب على التغييرات الذاتية المرغوبة بدلا منها . وقد يتوافق هذا المنهج الكلى مع نمذجة يقوم بها المعالج ، وتمارين سلوكية أو محاكاة في جماعة .

وفي منهج علاجي لجولدفريد وزملائه (١٣ ، ص ١٣٠) للتحكم الذاتي في القلق ، يتعلم العميل كيف يعدل من تناوله للموقف ، فيعرض العميل أولاً لموقف مثير للقلق إما عن طريق التخيل أو لعب الأدوار ، ثم يتعلم كيف يقوم قلقه واستخدام القلق بوصفه هادياً cue لتحديد الاتجاهات الهازمة للذات والمثيرة للقلق وتوقعاته عن الموقف وبخاصة ما يقوله لنفسه . ثم يعاد تقويم هذه التعبيرات الذاتية عقلانياً ، وأخيراً يقترح المعالج أو ينمذج استراتيجيات التغيير ، بقصد تعديل التعبيرات الذاتية الخطأ والافتراضات اللاعقلانية ، ويلاحظ أن هذا المنهج يتأثر بوضوح بمنهج العلاج العقلاني - الانفعالي / لإليس ، وهو منهج يراه البعض جزءاً من المنهج الحديث في تعديل السلوك ، بينما يراه آخرون مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بتعديل

السلوك . ولكن من المحقق أن هذا المنهج كان له تأثير بالغ في السنين الأخيرة في التعديل المعرفي للسلوك .

منهج ميشينباوم وزملائه : رغم أن العلاج العقلاني - الانفعالي يعتمد اعتمادا كبيرا على الفحص الذاتي المنطقي ، إلا أن إضافة أساليب سلوكية كان له تأثير في زيادة فعاليته . ويتمثل هذا التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية أحسن ما يتمثل في المنهج الذى يتبعه ميشينباوم وزملائه في الجمع بين مكونات سلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتى . وقد استطاع من خلال منهجه في تعديل التعبيرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة في الأطفال الزائدى النشاط والاندفاعيين ، وفي الناس الذين يرغبون في تحسين الابتكارية أو التخفيف من الإجهاد والقلق ، أو الخوف من الثعابين أو من الاختبارات ، والتسلسل المعتاد الذى يتبعه ميشينباوم يكون غالبا على النحو التالى :

يبدأ النموذج (المعالج مثلا) بتأدية العمل المطلوب بينما هو يتحدث إلى نفسه بصوت عالٍ ، وينمذج تعبيرات ذاتية . ثم يؤدي العميل العمل طبقا لتعليمات المعالج ، وبعد ذلك يؤدي العميل العمل وهو يملئ على نفسه التعليمات بصوت عالٍ ، وبعدها يؤدي العمل وهو يهمس وأخيرا يؤديه وهو يوجه التعليمات إلى نفسه بصورة غير ظاهرة . ويراعى أن تكون التعبيرات اللفظية والصور المرتبطة بها التى يتدرب عليها العميل . نوعية خاصة بالمشكلة أو العمل المعين . وهى قد تشمل أسئلة (وإجابات) عن طبيعة العمل ، وتعليمات توجه الأداء وتدعيمات ذاتية تعين على مواجهة الإحباط وعدم التأكد والقلق . فمثلا طفل زائد النشاط قد يقول لنفسه : « تمهل » قف وفكر قبل إعطاء الاجابة ، الخ . وقد طبق ميشينباوم وكامرون هذا المنهج على مجموعة من الفصامين دربوا في مستشفى على التعليمات الذاتية تدريبا ممتدا استخدم فيه الإشراف الإجرائى لتعليم المرضى التوقف والتفكير قبل الاستجابة واستخدام التعليمات الذاتية مثل : « انتبه ، انصت ، كرر التعليمات ، تجاهل ما يشئت انتباهك » . وقد تعلم المرضى أيضا أن يكونوا أكثر حساسية للمهديات الصادرة عن الآخرين وأن يستعينوا بهذه المعلومات للسلوك مسلكا أحسن . ويتضمن ذلك تعليمات ذاتية مثل : « لتكن متأسكا ، متسقا ، مفهوما » الخ . وقد أدى ذلك إلى أن يظهر المرضى زيادة في « الكلام السليم » في مقابلة محددة البنين

وتحسن في مهام معرفية وانتباهية كثيرة ، وقد نجح هذا الأسلوب أيضا في علاج القلق المرتبط بمخاطبة الجماهير .. ويرى ميشينباوم أن الأفراد الذين يخبرون القلق في مواقف عديدة يستفيدون من منهج « العبارات الذاتية » بينما قد تكون إزالة الحساسية أفضل للأفراد الذين يعانون من قلق نوعي في موقف معين .

وقف الأفكار : Thought Stopping : وهو إجراء اقترحه باين Bain

عام ١٩٢٨ وروج له فولبي . وفي هذا الإجراء يطلب من العميل أن يقفل عينيه وأن ينخرط في أفكاره غير المرغوبة ، ثم يصرخ المعالج بصوت عالي « قف » (stop) أى أوقف هذه الأفكار) . ويؤدي ذلك بالعميل المدعور إلى وقف الأفكار غير المرغوبة . وهو ما يشير إليه المعالج ، ويكرر الإجراء مرة أخرى ، ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عالي وأن يكرر ذلك في المنزل أولا بصوت عالي ثم بالتدريج بصوت غير ظاهر . وسرعان ما يتعلم العميل أن يكون قادرا على وقف الأفكار غير المرغوبة . وتصبح العملية آية مع مرور الزمن . ويقرر مكيبولاس (١٣ ، ص ١٣٢) أن هذا الإجراء فعال ويمكن تعلمه بسرعة لوقف أفكار مثل تلك التي تعوق الاستذكار ، وكذلك الأفكار اللاعقلانية والوسواسية أو الأفكار في تسلسل سلوكي يؤدي إلى الخوف . ويمكن زيادة تأثير وقف الأفكار من خلال الجمع بينه وبين إجراء آخر مثل صدمة كهربائية أو ضرب المائدة بقبضة اليد بعنف ، ولكنه يكون أفضل مع إجراءات مثل التحكم غير الظاهر . ويجد القاريء في مقام آخر في هذا الكتاب عرضا لحالة قدمها سمعان واستعان فيها بإجراء « وقف الأفكار » مع إجراءات أخرى . كما استخدم هذا الإجراء لوقف الأفكار المرتبطة بنوبات الصرع ، وفي الإرشاد الزواجي (شك الزوجين في وفاء كل منهما للآخر) ، وكذلك في التخلص من بعض المخاوف مثل خوف مرضى لامرأة من أن يكون رجل مختبئا في مكان ما من غرفة نومها . وفي هذه الحالة الأخيرة يجمع بين وقف الأفكار وبين التأكيد غير الظاهر والذي تقول فيه المرأة لنفسها بصورة تأكيدية قوية ما يناقض المشكلة مثلا « ليس هناك أحد مختبئا في هذا الدولاب الغبي » . والتأكيد غير الظاهر شبيه بالتعبيرات الذاتية التي سبق مناقشتها ، وبالتحكم غير الظاهر الذي ناقشه في الفقرة التالية :

التحكم الإجرائي غير الظاهر : Coverant Control من المفيد غالبا اعتبار الأفكار استجابات غير ظاهرة يمكن تغييرها عن طريق الإشارات الإجرائي . وتجمع

الكلمة الإنجليزية coverant بين مقطعين من الكلمتين covert operant وهو مصطلح اقترحه هوم ويشير التحكم الإجرائى غير الظاهر إلى منهج للإشراف الإجرائى للأفكار . ويتكون من التعرف على الأفكار أو التعبيرات الذاتية التى ترغب فى زيادتها لدى العميل فى المواقف المختلفة ، ثم تعليم العميل إصدار هذه الأفكار الإجرائية غير الظاهرة حين يكون فى الموقف الملائم وأن يدعم نفسه للقيام بذلك . ويجب أن تكون هذه الأفكار مختصرة وقابلة للتصديق . وكان جونسون (فى ١٣ ، ص ١٣٣) يطلب من العميل أن يكتب هذه العبارات فى بطاقات صغيرة يحملها معه . وقد عالجت تود امرأة من اكتئابها عن طريق وضع ست بطاقات وصفية إيجابية فى علبة السجائر . وكانت تقرأ عبارة أو عبارتين منها قبل التدخين ، ثم تضاف تدريجياً بطاقات أخرى إلى القائمة . وقد أدى ذلك إلى زيادة الأفكار الإيجابية وإلى نقص فى الاكتئاب . وإذا كانت الأفكار الإجرائية غير الظاهرة التى يراد زيادتها عامة لا ترتبط بموقف معين ، فإن حياة العميل مليئة بالمدعمات التى يمكن استخدامها فى مواقف مختلفة . ومن ذلك مثلاً أن يطلب من العميل أن يكرر لنفسه القول : « انى مسئول عن سلوكى » فى كل مرة يسلك فيها مسلكاً معيناً مثل فتح خطاب يصل إليه بالبريد أو مثل تناوله شراباً ، الخ . أما إذا كانت الفكرة مرتبطة بموقف معين ، فإنه يتعين حملها مثلاً مكتوبة فى بطاقة توضع فى علبة السجائر أو فى محفظة النقود أو فى مفكرة الجيب ، وقد استخدم هوم هذه الأفكار الإجرائية غير الظاهرة المؤيدة للسلوك مع سلوك يختلف عنه . فمثلاً ، لإنقاص التدخين قد يقول المدخن فى وجود السجائر : « التدخين يسبب السرطان » ويتبع ذلك بقوله « إن صحتى سوف تكون أحسن إذا لم أدخن » ويتبع ذلك بشرب عصير فاكهة مثلاً .

الإشراف الاستجابى (الكلاسيكى) اللفظى : بينما يستخدم الإشراف الإجرائى لزيادة أو إنقاص احتمال قيام أفكار أو كلمات أو تعبيرات لفظية معينة ، فإن الإشراف الاستجابى قد يستخدم لتغيير الوجدانات المرتبطة بها مثل الاستجابات الانفعالية التى تستثيرها كلمات معينة . وتشير الدراسات إلى أن تغيير الوجدان الذى تستثيره كلمات معينة ينتج تغييرات فى السلوك المرتبط بها . وربما كانت الكلمات جزءاً من تسلسل سلوكى معقد بحيث يودى تغييرها إلى تغيير السلوك . وربما كان الإشراف المبني على كلمات ينتج عنه (أو يعمم إلى) إشرافاً للصور والمركبات

الأخرى التي تؤثر في السلوك . والمرجو أن تسهم البحوث في هذا المجال في زيادة فهمنا لجزء مما يحدث في العلاج عن طريق الكلمات ولطرق زيادة فعاليته . وقد استخدم حكمت وفانيان (في ١٣ ص ١٣٥) إجراء أسماه « إزالة الحساسية السيمانتطيقية » يتكون من إشراف مضاد للتأثير السلبي للكلمات المرتبطة بالخوف وقد استطاعا جعل طلبة جامعيين ممن يعانون من الخوف المرضى من الثعابين ، الربط بين كلمة « ثعبان » وكلمة سارة مثل « جميل » وذلك عن طريق خلق ما يجمع بين الكلمتين ، مثل تخيل ثعبان جميل . ويقرر الباحثان أن استخدام هذا الإجراء قد نتج عنه تقييم أقل سلبية لكلمة « ثعبان » في مقياس سيمانتتي فارق وخوف أقل من الثعابين على أساس الاستجابة لاختبار « جدول مسح الخوف » ، وخوف أقل في السلوك الفعلي لإزاء ثعبان حي . ويطلق حكمت وفانيان أيضا مصطلح « الإشراف السيمانتطيقى المضاد » على الإجراء وهي تسمية قد تكون أدق ، وهما يريان أن النتائج التي حصلوا عليها هي بفعل الإشراف المضاد للمعنى ، وأن إجراءات أخرى في تعديل السلوك قد لا تكون أكثر من إزالة حساسية سيمانتطيقية . إلا أن استخدامهما للصور يفتح المجال لتفسيرات أخرى مثل الإشراف المضاد للصور الوسيطة ، وفي دراسة تالية وجد حكمت أن إزالة الحساسية السيمانتطيقية والتخلص التدريجي من الحساسية يتساويان في الفعالية في إنقاص المخاوف المرضية وأن كلا منهما كان أكثر فعالية من « علاج الإثارة عن طريق الأخيلاء » ، إلا أن إزالة الحساسية السيمانتطيقية تستغرق وقتا أقل للحصول على نفس النتائج . ويقدم فيسوكي Wisocki (في ١٣ ص ١٣٦) حالة جمع فيها بين مناهج غير ظاهرة عديدة . وكانت لشاب عمره ٢٦ عاما ظل يتعاطى الهيروين لمدة ثلاث سنوات ، وكان يحمل مشاعر سلبية نحو نفسه ونحو المجتمع . وقد استخدم معه التدعيم غير الظاهر لتخيل رفض الهيروين ولتدعيم الأفكار المضادة للتعاطى . واستخدمت أيضا الحساسية غير الظاهرة والتي جمعت بين تخيل مناظر ترتبط بالحصول على الهيروين أو استخدامه وبين مناظر منفرة تشمل هجوم العناكب عليه أو القاءه في المجارى . ولم يستخدم التقيؤ للتنفير نظرا لأنه يرتبط إيجابيا بصنف جيد من الهيروين . واستخدم « وقف الأفكار » للتخلص من « مفهوم الذات » غير الطيب (مثل أنه قبيح الشكل وقذر) ، بينما استخدم التدعيم غير الظاهر لتدعيم الأفكار المرغوبة بدلا منها . وكذلك استخدم « وقف الأفكار » والتدعيم غير الظاهر أيضا لعلاج القلق الاجتماعي - وقد استمر العلاج لمدة أربعة

شهور . وفي متابعة أجريت بعد ١٨ شهرا ، كان العميل قد تحرر تماما من تعاطى الهيروين وحصل على عمل جديد وله حياة اجتماعية نشطة .

التنسب : Attribution^(٥) : وهو لإسهام هام من جانب علم النفس الاجتماعي إلى تعديل السلوك ، ويقصد به إدراك وشرح أسباب الأحداث . فالناس يدركون العوامل المختلفة التي تؤثر في حياتهم . وهذه السببية المدركة (التنسب) قد تؤثر في سلوكهم . وكل فرد قد يخطيء بدرجات مختلفة في إدراك نفسه وبيئته بطرق معقدة . وهذا الخطأ في الإدراك يمكن أن يقود الشخص إلى أن ينسب عوامل صغيرة أو غير ذات دلالة إلى الأسباب الخطأ ، ومن ثم لا يدرك الأسباب الأكثر أهمية ودلالة . فمثلا ، قد ينسب شخص سوء علاقته بجزيرانه إلى الفروق الدينية ، بينما يكون السبب الحقيقي هو نقص كفاءته في العلاقات الينشخصية . ومن ثم فإن من مهام العلاج النفسي التعرف على تنسيبات العميل وتصحيحها . وتكشف بحوث التنسب عن أهمية التأكيد على مناهج الضبط الذاتي في تعديل السلوك ، ويبدو أنه يمكن تحقيق تعديل أكبر في الاتجاه وفي السلوك إذا كان العميل ينسب التغيرات إلى نفسه بدلا من أن ينسبها إلى عوامل خارجية مثل تناول عقار أو معاملة الآخرين له . فمثلا ، حين يستخدم عقار للمساعدة في برنامج علاجي ، يكون من المهم ألا ينسب العميل معظم التأثير العلاجي إلى العقار ، وذلك بالرغم من أن البحوث تكشف عن أن الإجراءات العلاجية مثل إزالة الحساسية تكون فعالة حتى إذا نسب العميل التأثير (مثل الاسترخاء) إلى العقار . ويجب بعامة أن ينظر العميل إلى العقار بوصفه مساعدا على اكتساب مهارات الضبط الذاتي و /أو بوصفه أداة انتقالية تحدث تأثيرات طويلة المدى مثل الإشارات المضاد سوف تستمر حتى بعد إنهاء استخدام العقار . ومن الأساليب المستخدمة أحيانا ما يسمى « خطأ التنسب » **misattribution** ، وفيه يعرض مريض يعاني من مخاوف مثلا إلى موضوع الخوف وفي نفس الوقت إلى منبه آخر مثل صوت مرتفع ، ويشجع على الاعتقاد بأن مشاعر القلق لديه سببها الصوت المرتفع وليس موضوع الخوف . ولكن نتائج البحوث في هذا المجال متناقضة ، ولا تقدم تفسيروا واضحا للتأثير .

* ارجع إلى الفصل الثالث في كتابنا « سيكولوجية الجماعات والقيادة » ، الجزء الأول ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٩ .

والخلاصة أن المناهج والاجراءات المعرفية السابقة تكون غالبا مفيدة بوصفها
مصاحبة للعلاج السلوكي وأنها أسهمت في التقريب بين المنهجين السلوكي
والمعرفي .

الفصل الحادي عشر

تطبيقات تعديل السلوك
في المدرسة

أهداف تعديل السلوك في المدرسة :

يقدر ر.فانس هول في تقديمه لكتاب سول آكسلرود (١) أن عجز المدرسة عن حل مشكلات الطفل كان نتيجة لأربعة عوامل هي : التركيز على ماضي الطفل بدلا من بيئته الحاضرة ، وذلك بتأثير التحليل النفسي الذي يرجع مشاكل الحاضر إلى جذور الماضي في تاريخ حياة الشخص مما أدى إلى البحث عن التنشئة المنزلية الأولى وإلى صرف النظر عن الحاضر ، (٢) اعتبار السلوك الملحوظ مجرد عَرَض لديناميات سيكولوجية كامنة في الذات الداخلية ومرتبطة بهيكلية الحاجات ، مما أدى إلى صرف النظر عن المشكلة ذاتها والتركيز على الكشف عن عدم الاتزان النفسي الداخلي بدلا من التركيز على المشكلة السلوكية الملحوظة ؛ (٣) التركيز في إطار منهج السمات وحركة القياس السيكولوجي على تصنيف السلوك أو أنماطه وعنوانتها بمصطلحات . وقد شجع على هذا التصنيف انتشار الاختبارات السيكولوجية بصرف النظر عن عدم توفر الدليل على تقديمها مساعدة دالة للمدرس في العمل مع تلاميذه ، بل قد تكون العنونة ضارة حين تدفع المدرس إلى اليأس من اصلاح حال تلميذ « شديد الاضطراب » أو « متخلف » ، الخ . (٤) النظر إلى السلوك غير المباشر من خلال اختبارات الذكاء والشخصية والنظر إلى القياس في إطار عينات فقط من السلوك وبصورة غير مباشرة بدلا من النظر مباشرة إلى السلوك ومحاولة قياسه . ويعتقد هول أن ما أصبح يسمى بـ « تعديل السلوك » قد فتح الباب أمام المدرس للاسهام في حل مشكلات تلاميذه . ويحاول هول إزالة ما يراه سوء فهم عالق بهذا المنهج ، فهو ليس سيكولوجية فأر التجربة ، وهو ليس بلسما سحريا يعالج كل مشكلات التلميذ في الفصل وهو ليس منهجا علميا باردا خاليا من الأخلاق وحرارة العلاقة .

ويهتم المنهج بتعديل السلوك في الواجهة المرغوبة أى تقوية السلوك الملائم وإضعاف السلوك غير الملائم . ويستند إلى نظرية التعلم فيركز على سلوك الفرد في الحاضر وتفاعله مع البيئة الحاضرة ، أى أنه يهتم بملاحظة ما يفعله التلميذ الآن وبصورة مباشرة ودقيقة وكيف تؤثر البيئة فيما يفعله . ولا يهتم المنهج بتشخيص الأسباب المرتبطة بالماضي البعيد والمراحل الأولى في الارتقاء . كما أنه لا يهتم بإطلاق

عناوين تصنيفية على الطفل طبقا لسمات أو لنتائج اختبارات . ويحدث تعديل السلوك قدر الإمكان في الموقع الذي تحدث فيه المشكلة ، أى في الفصل وتحت إشراف المدرس بدلا من العيادة ، فيطبق في الفصل ما ثبت نجاحه من أساليب للإقلال من السلوك غير المناسب وزيادة مستوى التحصيل . ويتطلب ذلك أن يغير المدرس من سلوكه وأن يحتفظ بسجلات يومية لسلوك وأداء التلاميذ .

إجراءات تعديل السلوك في المدرسة :

ويقصد بالسلوك في إطار « تعديل السلوك » كل ما يفعله الطفل مثل القراءة والكتابة والجلوس على مقعده والتحدث مع جاره ، وليس فقط اتباعه لتعليمات المدرس ونواهيهِ . وطبقا لسكينر فإن « السلوك الإجرائى » هو استجابة إرادية مثل قراءة كتاب وإكمال واجب منزلى والجدل مع المدرس وحل مسألة حسابية . ويتأثر معدل حدوث السلوك الإجرائى بالأحداث التى تتبعه أى « عواقب » السلوك . فإذا كانت هذه العواقب إيجابية ، ازداد احتمال زيادة معدل السلوك . فمثلا ، إذا ابتسم المدرس دائما للتلميذ حين يقدم له التحية ، فإن الاحتمال يزداد فى أن يواصل التلميذ أداء التحية لمدرسه لأن ابتسامته تشيع السرور فى نفسه ولكن إذا كان المدرس دائما يؤنب التلميذ على شئ فعله حين يحببه ، فإن الأرجح أن يكف التلميذ عن مواصلة تقديم التحية للمدرس . وقد سبق أن ذكرنا أن هذه العملية التى تزيد بها أو تنقص عواقب السلوك ، معدل السلوك فى المستقبل تسمى « الإشراف الإجرائى » . ولكى يكون للعواقب أقصى تأثير لها على السلوك ، فإنه من الضرورى ترتيبها فى أسلوب ارتباطى إشرافى ، أى أن تتوقف العواقب التى يتلقاها التلميذ على أدائه ، كأن تمنح المدرسة للطفل وقتا إضافيا للعب فقط إذا اتبع قواعد النظام فى الفصل ، وهو ما يزداد معه احتمال أن يواصل الطفل اتباع قواعد النظام بعكس ما إذا كان يحصل على الوقت الإضافى بصرف النظر عن اتباع هذه القواعد أو عدم اتباعها ، أى فى صورة غير إشرافية . وفى تعديل السلوك طبقا للإشراف الإجرائى ، يلاحظ المدرس عادة تكرار أو نوعية سلوك الطفل فى « ظرف أو فى مرحلة الأساس » ، وفيه يسجل أداء الفرد أو الجماعة خلال فترة زمنية قبل إدخال أى إجراءات خاصة ، بعدها يستخدم المدرس الإجراء الذى يقصد به تعديل السلوك . وتسمى هذه المرحلة « المرحلة التجريبية » ، ولكن يطلق عليها عادة وصف للإجراء المعين مثل : « فترة راحة

إضافية بعد إكمال الواجب « أو « تجاهل النوبات » أو « التدعيم » الخ . . فإذا تحسن سلوك الطفل ، فإن المدرس قد يتساءل عما إذا كان ذلك يرجع حقيقة إلى الإجراء المتخذ أم إلى سبب آخر مثل نضج التلميذ . ولذلك فهو قد يعيد الطفل إلى « ظرف الأساس » في مرحلة تعرف بـ « مرحلة الأساس » أو « العكس » reversal . فإذا عاد سلوك الطفل إلى ما كان عليه في مرحلة الأساس ، فإن ذلك يثبت له أن تحسن السلوك يرجع فعلا إلى الإجراء المتخذ في المرحلة التجريبية . ومن ثم فإنه يعيد الإجراء في هذه المرحلة الأخيرة أو « التدعيم » . فإذا تحسن السلوك ، كان ذلك دليلا إضافيا . وفي الغالب يستمر استخدام الإجراء التجريبي ولكن يتم القياس على فترات أكثر تباعدا بقصد التحقق من استمرارية تحسین السلوك .

طرق زيادة معدل السلوك المرغوب :

ومن الطرق العديدة لزيادة معدل السلوك المرغوب :

(١) التدعيم الإيجابي : ويتضمن تقديم شيء سار للطفل مثل مدح أو ثناء أو منحه امتيازا ما يرتبط بأداء السلوك المرغوب مثل زيادة وقت اللعب أو منحه نجمة في لوحة إذا نجح بنسبة ٨٠٪ مثلا في اختبار للإملاء . ولكي يحقق « المدعم الإيجابي » أكبر تأثير له يفضل تقديمه مباشرة بعد وقوع السلوك المرغوب وذلك لكي يربط الطفل بين التدعيم والسلوك . أما إذا طالت الفترة ، فقد يدعم المدرس سلوكا آخر عند تقديمه المكافأة مثل ضرب التلميذ المكافأ لتلميذ آخر . ويحدث ذلك إذا قنع المدرس بالجلوس في مكتبه وتصحيح إجابات التلاميذ عند نهاية الفترة .

وقد سبق أن ناقشنا أوجه استخدام « الماركات » الرمزية كما إننا سنعود إلى مناقشتها لأهميتها في فقرات تالية . وكان ستاتس (في ١٩) من أوائل من ابتكر هذا النظام في علاج حالات التلاميذ المتخلفين في القراءة . وقد استخدم ستاتس أساليب التدعيم في تعليم ابنته منذ كان عمرها ثمانية عشر شهرا ، تمييز الأعداد والعد . فكان يمسك مثلا في يده حبة عنب وفي اليد الأخرى حبتين ويسأل الطفلة : هل تريد حبة واحدة (يظهرها حينئذ) أم حبتين (يظهر اليد الأخرى) . وقد تعلمت الطفلة بسرعة تمييز الأعداد فكانت تقول « اثنين » وتشير إلى الحبتين ، ويدعم ستاتس ذلك بإعطائها الحبتين . وقد اتسع نطاق

هذه التجارب بعد ذلك فشملت أعدادا أكبر وموضوعات غير القراءة وتناولت عينات متنوعة مثل المتخلفين عقليا والأطفال المشكلين . وعادة يكتب المدرس على السبورة السلوك المطلوب (مثل الجلوس ، رفع الأيدي طلبا للإذن بالكلام ، الانتباه ، عدم ترك الأشياء على المقعد ، الخ .) وأن يذكر المدرس أن التلميذ سوف يعطى « ماركات » عن أدائه للسلوك المطلوب وأن هذه الماركات يمكن استبدالها بعد كل فترة ، ثم بعد ذلك كل يومين ثم ثلاثة ثم أربعة أيام . وتصمم الخطة بحيث تستبدل هذه المدعمات تدريجيا بالمدعمات التقليدية مثل ثناء المدرس وكذلك تعطى فقط للجماعة عن درجة الهدوء على أن تستبدل هذه النقط بجلوى مثلا . وقد أدى ذلك في بعض التجارب إلى انخفاض نسبة السلوك المشاغب من مدى ٦٦٪ - ٩٩٪ إلى مدى ٤٪ - ٣٢٪ خلال فترة التجربة .

وقد نشأت نماذج بديلة للفصل وللمدرسة يستخدم فيها نظام « الماركات » ومنها « المدرسة الحرة » **Free School** « والفصل المفتوح » . ويؤكد النموذج الأخير على أهمية البيئة المخططة بعناية ، فيتفق بذلك مع منهج تعديل السلوك بل ويكمله . أما نموذج « المدرسة الحرة » فهو يقوم على أساس الافتراض بأن السلوك تحدده قوى داخلية لأفراد مستقلين ، ولذلك فهو نموذج لا يتواءم مع تعديل السلوك ومع الفصل المفتوح اللذين يؤكدان على التخطيط البيعوى . وتمثل أسس الفصل المفتوح في اليوم المتكامل والتعليم الفردى والتجمع العائلى واستخدام الكثير من المواد . فقد نجد في نفس الفصل كل جوانب البيئة في نفس الوقت : القراءة والكتابة والحساب والرسم والتمثيل والموسيقى ، وبذلك تتكامل خبرة التلميذ وتبقى على اهتمامه طول اليوم . أما التجمع العائلى أو الرأسى ، فهو قد يضم تلاميذ ينتمون إلى فرق دراسية مختلفة قد يصل مداها إلى ثلاثة ، فنجد في نفس الفصل تلاميذ من الفرق الخامسة والسادسة والسابعة مثلا . وتصف كلمة « العائلة » هنا العملية ، لأن الفصل يخطط عمدا ليشبه العائلة ، فالتلاميذ الكبار يساعدون الصغار ، وتخطط بيئة الفصل بحيث تشبه امتدادا للمنزل والعائلة ، وبذلك يتعلم التلاميذ أن يكون الزملاء مصدرا للتدعيم . وكل تلميذ يتعلم طبقا لمعدله هو . وتستخدم المواد المتاحة في البيئة مثل الماء والرمل وأدوات المنزل كمنبهات لتشكيل السلوك وتبقى

عليه ، ومن ذلك اتخاذ القرار والتوجيه الذاتي . ويشبه كرازنر وكرازنر (في ١٩ ، ص ٣٧٤) الفصل الذي تستخدم فيه « الماركات » بالمجتمع « اليوتوبيا » الذي نادى به سكينر في كتابه Walden Two فكلاهما مبنى على أساس الإشراف الإجرائي ، فالمستقبل هو في تقديرهما لتطبيق مبادئ تعديل السلوك ونظام الماركات في إطار « الفصل المفتوح » وفي نمط جديد من الممارسة التربوية والبيئة المخططة .

(٢) **التدعيم السلبي** : وفيه يزيل المدرس شيئاً غير مرغوب من التلميذ إذا تحسن أداؤه كأن يعفى التلميذ من أداء الواجب المنزلي ، وهو المدعم السلبي . ويحقق كل من التدعيم الإيجابي والسلبي زيادة معدل السلوك ، إلا أنه في التدعيم الإيجابي ينتج عن السلوك المستهدف تقديم شيء مرغوب ، بينما ينتج في التدعيم السلبي عن السلوك إزالة شيء غير مرغوب . ولكن التدعيم السلبي مثل صراخ المدرس في وجه الأطفال إذا انغمسوا في الصخب ، قد يكون من نتيجته كف التلاميذ عن الصخب ولكنه قد يفقد فعاليته . ومن الأفيد مكافأة التلميذ عند توفقه عن الصخب .

(٣) **التدعيم الفارق والتشكيل : Shaping** ويستخدم حين يكون حدوث السلوك نادراً أو معدوماً ، ويتضمن التدعيم التدريجي للسلوك إلى أن يحدث السلوك المرغوب ، ومن أمثلة التدعيم الفارق أن يثنى المدرس على سلوك مرغوب من قبل التلميذ بينما يتجاهله التلميذ في كل الأوقات الأخرى . إلا أنه من الأصعب جدا تعليم سلوك لا يصدر عن التلميذ أو يكون صدوره عنه نادراً . وفي التشكيل يحدد المدرس أولاً إلى أي حد يكون فيه التلميذ قريباً من أن يكون قادراً على أداء السلوك المرغوب والذي يعرف بالسلوك النهائي **terminal behavior** ثم يطلب المدرس من التلميذ أداء سلسلة من السلوك تقرب تدريجياً من السلوك النهائي . وفي كل مرة ينجح فيها التلميذ يكافئه المدرس إلى أن ينجح في أداء السلوك النهائي بصورة ثابتة . والفرق بين التدعيم الفارق والتشكيل هو أنه في الأول يحاول المدرس تعديل معدل سلوك يؤديه التلميذ ، بينما يكون الهدف في التشكيل هو تعليم سلوك جديد أو سلوك يندر حدوثه . ومن أمثلة التشكيل ما تم في علاج فرد كان يصر على عدم وضع نظارته بالرغم مما يؤدي إليه ذلك من إصابته بالعمى إذا استمر على إصراره .

وقد تمثل أسلوب التشكيل في وضع عدد من إطارات النظارات الخالية في حجرة المستشفى التي كان يقيم بها هذا الشخص . وقد كان يكافأ بمقدار صغير من الحلوى إذا أمسك بإطار النظارة ثم كان يتعين عليه بعد ذلك لكي يحصل على التدعيم أن يقرب الإطار من عينيه ، وهكذا بالتدرج إلى أن أصبح من الممكن وضع العدسات في الإطار وليسها ، وقد كان ذلك شرطا للسماح له بالقيام بما يرغب فيه من أمور مثل الطعام أو اللعب . وقد وجد أنه كان يحتفظ بالنظارة فوق عينيه بعد خروجه من المستشفى لمدة تقرب من ١٢ ساعة يوميا . وقد يستخدم أسلوب التشكيل مثلا في تعليم طفل قضاء وقت في المذاكرة داخل الفصل أطول مما يقضيه عادة وذلك بالسماح له مثلا بقضاء وقت في اللعب إذا زاد الوقت الذي يقضيه في المذاكرة ، ثم التدرج في زيادة وقت المذاكرة مع إنقاص وقت اللعب (١ ، ص ١٠) . وأسلوب التشكيل هو الأسلوب المطبق في التعليم المبرمج ، فيبدأ بمستوى مناسب للفرد ، ثم يتقدم تدريجيا عن طريق دعم إجاباته عن الأسئلة بالتأكيد على صحتها . فإذا فشل فإنه يوجه إلى المستوى المناسب ، وهكذا إلى أن يكمل أداء العمل المطلوب .

الإذبال : Fading وهو أسلوب يستخدم في حالة ما إذا كان الطفل يستطيع أداء السلوك ولكنه لا يؤديه في المواقف المرغوبة ، كأن يضع الطفل النظارة على عينيه في المنزل وليس في المدرسة ، أو قد يتحدث بطلاقة في المنزل ولكنه يرفض التحدث مع زملاء الفصل أو الجيران ؛ أو قد يجلس صامتا في المكتبة وليس في الفصل . ويتمثل الأسلوب في التغيير التدريجي للظروف التي يحدث فيها السلوك من موقف إلى موقف جديد . وفي تجربة لعلاج سبعة أطفال شديدي الاضطراب الانفعالي ومنهم حالات صدى لفظي echolalic speech وفيها يعيد الطفل ما يوجه إليه من كلام حتى لو كان سؤالا يطلب منه الإجابة عنه . فإذا سئل الطفل . ما اسمك ؟ أجاب « ما اسمك ؟ » . وقد بدأ العلاج بإشارة المدرس إلى قميصه وقوله : « قميص » . فإذا ذكر الطفل « قميص » أعطى مقدارا صغيرا من الحلوى على سبيل التدعيم . وتكرر العملية عدة مرات إلى أن يستطيع الطفل ذكر كلمة « قميص » بصورة ثابتة ومتسقة . وفي الخطوة الثانية ، يسأل المدرس : « ما هذا ؟ قميص » ولكنه يذكر المقطع الأول « ما هذا ؟ » بصوت منخفض والمقطع الثاني « قميص » بصوت مرتفع .

وحيث يجب التلميذ بانتظام بكلمة « قميص » يستمر المدرس في توجيهه نفس السؤال ، ولكن مع رفع الصوت تدريجيا في المقطع الأول وخفضه تدريجيا في المقطع الثاني إلى أن يصل إلى الخطوة النهائية وهي السؤال : « ما هذا ؟ » بصوت عادى ويجب التلميذ بانتظام بكلمة « قميص » . وقد استطاع المدرس بهذا الأسلوب تعليم الطفل تسمية ١٣٦ فقرة من مائتى فقرة تعرض لها في ٦٥ ساعة من التدريب وشملت أجزاء من جسمه ولعبا وملابس وأطعمة وصور حيوانات وأدوات منزلية . ومن الممكن استخدام الأسلوب في قراءة كلمة تصاحبها صورة تختفى تدريجيا وكذلك في تعليم الحساب أو كتابة الحروف تدريجيا .

جداول التدعيم :

(١) جدول التدعيم المستمر هو الترتيب الذى يتبع فيه التدعيم كل سلوك مرغوب كأن يربت والد على ظهر ابنه بعد كل كلمة يقرأها قراءة صحيحة . ولكن ليس من الضروري أن يستخدم المدرس مثل هذا الجدول لتعليم الطفل سلوكا جديدا أو سلوكا مرغوبا قائما . ذلك أنه حين يتبع التدعيم جزءا فقط من السلوك المرغوب ، فإن الترتيب يسمى تدعيما جزئيا أو « جدولا متقطعا » **Intermittent Schedule** كأن يربت الوالد على ظهر ابنه بعد قراءته مجموعة من الكلمات قراءة صحيحة وهو مثل المرتب في نهاية الاسبوع أو الشهر أقرب إلى الواقع . وأكثر أنواع الجداول المتقطعة شيوعا هي : (١) الفترة الثابتة : **Fixed Interval** وفيه تدعم الاستجابة فقط على فترات زمنية مقننة بعد حدوث الاستجابة السابقة المدعمة . مثلا بعد خمس دقائق تماما ، أى تدعم أول استجابة تحدث بعد مرور خمس دقائق وهكذا يتعلم الطفل ألا يستجيب في الفترة الأولى . ويؤدى نقص الاستجابة التى تتبع التدعيم طبقا لهذا الجدول إلى أن يكون محدود الفائدة ، ومن أمثله : في الحياة العامة مقدار النشاط الذى يظهره المرشحون في انتخاب قبل وبعد انتخابهم وكذلك درجة الإقبال على المذاكرة قبل وبعد الامتحان . (٢) الفترات المتغيرة ، وفيه تدعم الاستجابة الأولى التى تحدث بعد فترة من الزمن قد تختلف من

مدعم لآخر . فمثلا ، جدول متغير الفترات بمتوسط دقيقة قد يتكون من تتابع من المدعمات للاستجابات الأولى يحدث بعد ١٠٠ ، ٢ ، ٤٠ ، ٦٠ ، ١١٨ ، ٢٠ ، ٨٠ ثانية . أى أن المدعم الأول يقدم بعد مرور ١٠٠ ثانية على الاستجابة الأولى ، وبعد ثانيتين من تقديم المدعم الأول ، أى أن أول استجابة تحدث بعد ثانيتين هى التى تدعم . ويقدم المدعم الثالث بعد مرور ٤٠ ثانية بعد تقديم المدعم الثانى . أى أن الاستجابات التى تحدث قبل مرور ٤٠ ثانية لا تدعم كما أنها لا تؤخر تقديم المدعم . وحيث أن بعض الاستجابات على الأقل سوف تدعم بعد فترة قصيرة من المدعم السابق فى مثل هذا الجدول ، فإن التوقف فى الاستجابة المرتبط بالجدول الثابت الفترات لا يحدث غالبا ، ويتحقق معدل أعلى وأكثر ثباتا من الاستجابة . ويشبه ذلك ما يحدث فى لعبة الكراسى الموسيقية . وسوف يتغير نمط سلوك الطلاب إذا اتبع امتحانهم مثل هذا الجدول . فلا تعلن مواعيد الامتحانات .

النوع الثانى من الجداول هو جدول النسبة . وهو يقدم المدعم بعد الاستجابة بعدد معين من الاستجابات وهو أيضا من نوعين : (١) النسبة الثابتة **Fixed Ratio** ، (٢) النسبة المتغيرة **Variable Ratio** . وفى جدول النسبة الثابتة يحدد بدقة عدد الاستجابات التى يتعين أن تصدر من الفرد للحصول على التدعيم ؛ ويظل هذا العدد ثابتا . ومن أمثله منح مكافأة مالية للعامل حين ينجز قدرا محددًا من العمل . وقد وجد أن الفرد فى مثل هذا الجدول يترع إلى الاستجابة بمعدل مرتفع بمجرد أن يبدأ الاستجابة ، إلا أنه إذا زاد العدد المطلوب انجازه ، فإن الفرد قد يتوقف عن الاستجابة لفترة بعد التدعيم . أما جدول النسبة المتغيرة ، فإن التدعيم يقدم فيه بعد أن يستجيب الفرد بعدد معين من الاستجابات يتغير من مدعم لآخر . فمثلا فى جدول يكون فيه المتوسط ١٥ استجابة ، قد يفصل فيه بين كل تدعيم وآخر بعدد من الاستجابات تكون على التوالى : ٢٠ ، ١ ، ٢٩ ، ١٠ ، ٢ ، ٢٨ ولكن تدعم فى المتوسط استجابة من كل ١٥ استجابة . وينتج هذا النوع من الجداول أعلى معدلات السلوك وأكثرها ثباتا . ومن أمثله الرهان على أن وجهها معينًا من عملة معدنية هو الذى سيظهر عند طرح قطعة من النقود . ومن المسلم به أن تطبيق مثل هذه الجداول فى فصول الدراسة العادية أمر ليس باليسر ولكن المهم بالنسبة

للمدرس هو أن يدعم فقط جزءا من السلوك المرغوب وطبقا لعدد مرات حدوث هذا السلوك وليس طبقا لمرور الوقت .

ونظرا لأن التعلم يكون أسرع مع التدعيم المستمر ، في الوقت الذى يكون فيه زمن الانطفاء أطول مع التدعيم المتقطع ، فإن الاستراتيجية تكون غالبا هى تعليم السلوك تحت التدعيم المستمر ثم التحول بالتدريج إلى التدعيم المتقطع للاحتفاظ به .

التدعيم الإشرافى والتدعيم باستخدام المدعمات الرمزية

« الماركات » : تراوحت المدعمات السابق الإشارة إليها من قطع الحلوى إلى ابتسامة المدرس . وتنتمى الأولى إلى ما يسمى « المدعم غير الشرطى » أو « المدعم الأولى » وهو الذى لا تتوقف قدرته على دعم السلوك على ارتباطه بمدعم آخر . ومن أمثلة « المدعم غير الشرطى » الطعام حين يكون الفرد جائعا ، والشراب حين يكون عطشانا ، والأنشطة الجنسية فى كل الأوقات . وهى كلها ترتبط بإشباع حاجات بيولوجية . أما « المدعم الشرطى » فهو الذى تنتج قدرته على الدعم من ارتباطه بمدعمات أخرى . وهى تسمى أيضا « مدعمات ثانوية » أو « مكتسبة » . ولكى يتأكد دور موضوع أو حدث محايد بوصفه مدعما مشروطا ، فإنه يكون من الضرورى أن يوجد هذا الموضوع أو أن يوجد هذا الحدث قبل أو خلال الفترة التى يقدم فيها مدعم مؤكد . ومن أمثلة ما سبق الأب الذى يطعم طفله ، فهو خلال ذلك يتسم له ويربت على ظهره ويوجه له كلمات مشجعة ، الخ .. وفى البداية لا يكون للربت على الظهر مثلا أثر على سلوك الوليد ، ولكن نتيجة لارتباطه بالطعام يصبح مدعما شرطيا .. ويستجيب الطفل بصورة يحصل بها الطفل على ربت والده على ظهره . وقد يستعين على ذلك بإحداث أصوات معينة أو اللجوء إلى حيل معينة للحصول على ربت والده لظهره . ويتعين على المدرس أن يحاول دائما إقامة مدعمات شرطية لتلاميذه ومنها الثناء والابتسامة والربت على الظهر فى الوقت الذى يمنحه امتيازاً أو مكافأة . ويكون من الممكن بعد ذلك سحب هذه المزايا أو المكافآت والاحتفاظ بتقديم التلميذ بواسطة المدعمات الاجتماعية فقط . وبالإضافة إلى الأحداث الاجتماعية مثل الثناء والاهتمام والابتسامة ، فإن المال قد يكون أيضا مدعما شرطيا . فالطفل يتعلم أنه يستطيع الحصول على

الحلوى المفضلة لديه إذا أعطى البائع بعض النقود ، ومن ثم تصبح النقود مدعماً شرطياً . وسوف يجد الآباء أن الطفل يكون أكثر استعداداً لأداء عمل معين إذا دفع له مال أكثر مما إذا لم يدفع له . وتمتاز النقود على غيرها من المدعمات الشرطية من حيث تأثيرها على السلوك لأنها ترتبط بعدد كبير من المدعمات ، ولذلك يسمى هذا النوع من المدعمات « المدعم الشرطي المعمم » . ومن أنواعه ذات الأهمية البالغة في الفصل المدرسي « الماركات الرمزية » وقد تكون كما سبق القول نجمة أو علامة تصحيح في كراسة التلميذ أو على السبورة . وتستمد هذه المدعمات قوتها أكثر ما تستمد من إمكانية استبدالها بمدعمات أخرى مثل قطع الحلوى . وتسمى مثل هذه المدعمات الأخرى « المدعمات المساندة » **Back-up Reinforcers** ومن الأفضل تنويعها . فالحلوى مثلاً قد تكون غير مدعمة لتلميذ . كما أنه يمكن جمع عدد من هذه الماركات بالقدر الذي يمكن معه استبدالها بمدعم أقوى . كما أن استخدام الماركات لا يثير الاضطراب في الفصل مثل توزيع الحلوى أو اللعب . وتمتاز الماركات عن التقارير المدرسية الدورية بأن الثواب فيها يكون عاجلاً وليس آجلاً . كما أن الدعم يزداد قوة بزيادة عدد الماركات . وتشير نتائج تجارب عديدة إلى أن استخدام الماركات أسهم بفعالية في إنقاص السلوك المثير للاضطراب داخل الفصل وفي تحسين الأداء المدرسي . ومن التجارب في هذا الصدد تجربة أولبرى وبيكر (١ : ص ١٧) في إنقاص السلوك غير المناسب في فصل من ١٧ تلميذاً ممن وصفوا بالاضطراب الانفعالي . وكان خط الأساس بعد عشرة أيام هو حدوث السلوك غير المناسب بنسبة ٧٦٪ . وبعدها كتب على السبورة بعض القواعد مثل : « ارفع يدك مستأذناً » وقام المدرس بتقدير كل طفل على مقياس من ١ إلى ١٠ لمدى اتباعه لهذه التعليمات . وكانت التقديرات تستبدل بالحلوى أو اللعب . فالطفل الذي يحصل على تقدير ٩ يمكنه استبداله بحلوى أكثر أو لعب أكثر قيمة من ذلك الذي يحصل على تقدير ٥ مثلاً . وهكذا ، فإن التقديرات كانت بمثابة « ماركات » مدعمة ، بينما كانت الحلوى واللعب هي المدعمات المساندة . وتشير البيانات التي سجلها ملاحظ خارجي إلى أن السلوك غير المرغوب قد نقص إلى نسبة ١٠٪ خلال ٢٥ يوماً من مرحلة « الماركات » .

إرجاع الأثر : بالإضافة إلى استشارة الدافع لتحسين الأداء ، فإن المدعم بمد المتعلم أيضا بالمعرفة عن أدائه مثل علامة (√) على مسألة حسابية حلت حلا صحيحا أو ابتسامة أو ربنا على الظهر . وأحيانا قد تكون هذه المعرفة وحدها كافية لإحداث التحسن ، وهو ما يتم في التعليم المبرمج حيث تعطى الإجابات الصحيحة عن الأسئلة . ويستخدم إرجاع الأثر لتعديل سلوك كل من المدرس والتلميذ . فمثلا ، إعلان درجات التلاميذ في شكل منحني توزيع قد يحفز التلميذ على تحسين درجاته ، وكذلك قد يكتشف المدرس أن معدل ثنائه على تلاميذه أقل مما يجب . وإرجاع الأثر العاجل أقوى من الآجل ، ومن ذلك التصحيح الفوري لإجابات التلميذ .

وسائل إنقاص معدل السلوك غير المرغوب :

ومن وسائله :

- (١) دعم سلوك مضاد للسلوك غير المرغوب : مثل تدعيم بقاء التلميذ في مقعده بدلاً من تركه أو تدعيم رفع التلميذ ليده مستأذنا في الكلام أو جعل المدرسة مكانا أكثر جذبا من غيره لمعالجة مشكلات هروب التلميذ من المدرسة .
- (٢) الانطفاء : أى إلغاء التدعيم الذى يلى السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب .. وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره . وتشير التجارب إلى فعالية هذا الأسلوب في علاج السلوك المشاغب وذلك بواسطة انصراف المدرس عن التلميذ حين يشاغب والثناء عليه حين يحسن السلوك . وكذلك في علاج نوبات الغضب temper tantrum في الفصل عن طريق تجاهل المدرس والتلاميذ لنوبات التلميذ والثناء عليه حين يتحسن سلوكه ، وذلك بعد عدة أسابيع من الانطفاء . وقد عولجت حالة « لورا » (١ ، ص ٢٢) من القىء المتكرر في الفصل . وقد كان عمرها تسع سنوات ومتخلفة عقليا ولم تفد معها العقاقير الطبية . وقد طلب من المدرسة تجاهل هذا القىء بصرف النظر عن حدته . فوجد أن عدد مرات القىء كان في التسعة وعشرين يوما الأولى من برنامج الانطفاء ٧٨ مرة . وفي يوم واحد كان ٢١ . ولكن بدأ العدد يتناقص تدريجيا ابتداء من اليوم الثلاثين حتى وصل إلى الصفر واستمر على هذا الحال لمدة أكثر من خمسين يوما . ومن الصعوبات التى قد تواجه اتباع مثل هذا الأسلوب في الفصل التدعيم الذى قد يجده الطفل

المضطرب من زملائه في الفصل حين يهتمون به أو يسخرون منه . وفي مثل هذه الحالة ، فإن تجاهل المدرس لن يكون له تأثير كبير ، ولكن من الممكن دعم سلوك الفصل عن طريق إعطائه مثلا وقت لعب أطول إذا تجاهل سوء سلوك الطفل . وكذلك فإن بعض أنواع السلوك تكون في حد ذاتها مدعومة مثل الحديث بين تلميذين متجاورين . وفي هذه الحالة لن يجدى تجاهل هذا السلوك من قبل المدرس ولكن قد تجدى مكافأة السلوك المناسب . ومن عيوب هذا الأسلوب أيضا أن السلوك غير المرغوب يزداد تواتره غالبا في بداية تجاهله . وقد يضعف المدرس نتيجة ذلك ويوجه انتباهه للتلميذ . ولذلك ، فإن اتباع هذا الأسلوب يتطلب مدرسا قوى الإرادة . وقد وجد أن السلوك المتعلم عن طريق جداول التدعيم المتقطع أكثر مقاومة للانطفاء من السلوك المتعلم عن طريق جداول التدعيم المستمر ، وذلك بالرغم من أن التعلم يكون أسرع في الحالة الثانية . ومن المستحسن الابتداء بتدعيم السلوك المرغوب بأكثر تكرار ممكن وبعد ثباته يبدأ المدرس في استخدام التدعيم المتقطع لتشجيع استمراره .

(٣) العقاب : هو الوسيلة الثالثة التي يمكن اتباعها لإنقاص السلوك غير المناسب . وتراوح أساليبه في المجتمع من ملاح الوجوه المظهرة للاستنكار إلى السجن أو الإعدام . إلا أنه لا يمكن تصنيف الحدث بأنه عقاب إلا إذا أدى إلى إنقاص السلوك المستهدف . فإذا كان حرمان الفصل من فترة الراحة مثلا لن يؤدي إلى الإنقاص من الصخب أثناء الدراسة ، فإنه لا يمكن اعتباره عقابا . وفي تجربة لهول وآخرين (١ ، ص ٢٤) كان المدرس يضع علامة أمام اسم كل تلميذ في الفصل يغادر مقعده دون إذن ، ثم يعاقب التلميذ بالبقاء في المدرسة بعد انتهاء اليوم المدرسي لمدة خمس دقائق عن كل علامة توضع أمام اسمه في اليوم . وقد طبق هذا الإجراء خلال دروس الحساب والقراءة . وقد كان متوسط عدد مرات مغادرة المقعد دون إذن في فترة الأساس (٨ أيام) ٢٣ مرة وفي المرحلة التجريبية كان المتوسط مرتين لكل الفترة . وحين رفع العقاب عاد السلوك غير المناسب إلى الارتفاع ولكنه انخفض مرة أخرى حين أعيد العقاب . وفي تجربة أخرى لعلاج حالة طفلة متخلفة كانت تعض نفسها وزميلاتها والمدرسات والزوار ، كان العقاب هو قول المدرسة لها بصوت عالٍ « لا » في كل مرة تسلك فيها هذا المسلك . وقد انخفض معدل السلوك من ٧٢ عضبة إلى خمس

مرات في اليوم . وقد ثار جدل كثير حول العقاب وجدواه ، وقيل أن تأثيره وقته وانه قد يستعدى المعاقب ضد الآخرين . ولكن دراسة قام بها آزرين وهولز أوضحت أن العقاب يحدث تأثيرات دائمة في السلوك . كما أن دراسة قام بها ريزلي لم تقدم دليلا على أن العقاب يؤدي إلى سلوك عدواني . كما قيل أن العقاب قد يمنع سلوكا معيناً ولكنه لا يعلم السلوك المطلوب . ولكن أكسلرود (١ ، ص ٢٦) يرى أن العقاب قد يكون أداة نافعة في يد المدرس وبخاصة في المواقف التي لا يجدي فيها تدعيم سلوك مضاد أو انطفاء . كما أن العقاب يحدث نتائج في إنقاص السلوك غير المرغوب أسرع مما تحدثه الأساليب الأخرى . ويقدم أكسلرود التوصيات التالية في استخدام العقاب : (أ) استخدام أخف درجات العقاب ذات التأثير ؛ (ب) يتعين تحديد محكات العقاب وإعلانها مقدما ؛ (ج) يدعم المدرس السلوك المضاد للسلوك غير المرغوب في الوقت الذي يعاقب فيه عليه ؛ (د) يحاول المدرس بعد تأكيد تأثير العقاب الاستعانة بإجراءات أخرى بديلاً عن العقاب مثل التدعيم الإيجابي . ولا يجب أن يخشى المدرس كراهية التلميذ له نتيجة العقاب ، إذ أن المهم هو أن تزداد كفة التدعيم على كفة العقاب . ويجب التفرقة بين مصطلحي « العقاب » وهو الذي يهدف إلى إنقاص معدل السلوك المستهدف و « التدعيم السلبي » وهو الذي يحدث زيادة في معدل السلوك المستهدف .

(٤) أسلوب الإبعاد : **Time Out** : وهو من أساليب العقاب التي تستخدم أحيانا لإنقاص معدل السلوك غير المناسب في الفصل وهو إبعاد الطفل عن التدعيم بعد قيامه بالسلوك غير المناسب . ومن أمثاته عزل الطفل المشاغب لفترة من الزمن بعد قيامه بالسلوك غير المناسب ، وبالتالي حرمانه من الأحداث المدعمة التي تجرى في الفصل . ويتطلب تحقيق فعالية هذا الأسلوب أن يكون الفصل جذاباً ومدعماً إيجابياً ، وأن يكون مكان العزل خالياً من المدعمات . ومن أمثلة الأماكن التي استخدمت في بعض التجارب غرفة مساحتها 8×22 قدماً خالية من كتب القراءة ومواد اللعب . ويعاقب الطفل على قيامه بأعمال مثل العدوان ضد الآخرين ونوبات الغضب وإتلاف مواد الفصل ويحذر الطفل القائم بها قبل توقيع العقاب عليه . فإذا لم يمتنع عن السلوك غير المناسب ، أرسل إلى غرفة العزل ويمكنه العودة إلى الفصل بعد عشر دقائق بشرط أن يكون هادئاً في الفترة

السابقة بثلاثين ثانية . فإذا لم يعد إلى الفصل بعد مرور دقيقتين من دعوته للعودة ، فإنه يبقى مبعدا لعشر دقائق أخرى .. وفي بعض التجارب كان الطفل يدرّب خلال فترة إبعاده على أساليب عدم إيذاء نفسه أو إتلاف مواد الفصل ، ولكن من غير المفيد تزويد الطفل في هذه الفترة بمواد قراءة أو بلعب أو بمعالج نفسه لأن ذلك يعمل في عكس الاتجاه المستهدف . والحكم على أسلوب بأنه إنساني أو غير إنساني يجب أن يرتبط بفعاليتها في تحقيق الهدف . وتشير الخبرات إلى أن الأسلوب يغلب ألا يستعان به في الواقع لأكثر من عدد محدود جدا من المرات . ومن الواضح أن الإبعاد يكون فعالا إذا كان من الممكن للطفل أن يتجنب هذه العقوبة عن طريق استجابة بديلة ، وأن يكون هناك موقف مدعم مستمر لا يريد الطفل أن تضيع منه فرصة المشاركة فيه ، وأن يكون هناك وضوح في تقرير عواقب السلوك المعاقب بالإبعاد عن الموقف المدعم ثم التحذير وأخيرا التنفيذ الفعلي للإبعاد إذا لم يستجب الطفل للتحذير .

(٥) والأسلوب الخامس لإنقاص معدل السلوك هو « جدول التدعيم الفارق لأنواع أخرى من السلوك » وفيه يقدم المدعم فقط إذا لم يحدث السلوك المعين لفترة معينة من الوقت . فمثلا ، يقدم المدعم إذا امتنع التلميذ عن الكلام دون إذن لمدة خمس دقائق . وفي كل مرة يحدث فيها الكلام دون إذن تبدأ دورة جديدة من خمس دقائق ويقدم المدعم فقط إذا لم يحدث السلوك المستهدف خلال الخمس دقائق التالية . وتبدأ دورة جديدة من خمس دقائق بعد كل تدعيم . ولكن يعيب هذا الأسلوب أنه ليس في مقدور المدرس العادي ودون توفير عون خارجي ، كما أن التلميذ قد يدعم لأدائه أى سلوك آخر غير السلوك المستهدف .

عمليات أخرى تؤثر في السلوك : ومن هذه العمليات :

(١) التقليد : وهو من أكثر الوسائل الشائعة التي يتعلم بها الطفل ملاحظة وتقليد سلوك غيره من الناس . ويلاحظ مثلا أن الأطفال يتشابهون في التعابير الوجهية مع آبائهم . ويعلم الآباء أن الطفل يكون شديد التأثر بسلوك غيره من الأطفال ولذلك فهم يدققون في اختيار الأصدقاء لأبنائهم . ولكن أنواعا معينة من السلوك قد يصعب تعلمها عن طريق التقليد وحده . ولذلك يحسن الجمع بين التقليد والتشكيل . وقد نجح لوفاس وزملاؤه (١ ، ص ٣٢) في تعليم سلوك

الكلام لأطفال فصامين عاجزين عن الكلام mute وذلك بأن يبدأ المعالج بنطق صوت معين ، فإذا قلده الطفل تقليدا مناسباً ، دعمه المعالج . وبعد أن يستوثق عدة مرات من صحة النطق ، ينتقل المعالج إلى أصوات أخرى تتزايد تدريجياً في صعوبتها ، ثم ينتقل إلى تعليمهم كلمات كاملة وجملاً عن طريق التدعيم .

ويختلف الرأي حول تأثير مشاهدة التلفزيون على سلوك الطفل . فالبعض يرى أن مشاهدة أفلام العنف تحرره من الرغبة في العنف ، ويرى آخرون أن توقيع العقاب على العمل العنيف سوف يحول دون تقليده ، بينما يرى فريق ثالث أن الطفل يتعلم سلوك العنف ويستخدمه في اللحظة المناسبة ، وفي تجربة لباندورا رجح الاحتمال الثالث . وفي هذه التجارب عرضت أفلام عدوانية على ثلاث مجموعات من الأطفال : في المجموعة الأولى كان العدوان يعاقب في الفيلم ؛ وفي المجموعة الثانية كان العدوان يكافأ في الفيلم ، بينما لم تكن هناك عواقب للعدوان في الفيلم الذي عرض على المجموعة الثالثة . وقد وجد أن أطفال المجموعة الأولى كان تقليدهم للسلوك العدواني أقل من أطفال المجموعتين الثانية والثالثة . إلا أنه حين عرضت على الأطفال مدعمات إذا قلدوا السلوك العدواني ، أظهرت كل مجموعة عدداً متشابهاً من السلوك العدواني . ولذلك يحق استنتاج أن مجرد ملاحظة سلوك عنيف يضيف إلى ذخيرة الطفل سلوكاً يمكن ممارسته في ظروف مواتية . والتقليد قد ينتج عنه سلوك غير مرغوب أو قد ينتج عنه علاج لمشكلة . وفي تجربة لاوكونر (١ ، ص ٣٣) عرض على أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة فيلم يظهر نشاطاً اجتماعياً في تفاعل الأطفال بمعدل مرتفع . وحين التحق بجماعة اللعب طفل يبدو الخجل على مظهره ، كان الأطفال الآخرون يقدمون له اللعب ويحادثونه ويتسمون له . وقد وجد طبقاً لتقارير المدرسين أن السلوك الاجتماعي لدى من شاهدوا الفيلم ظل سارياً بين الأطفال طيلة العام المدرسي . وكذلك وجد ويست وأكسلرود في دراسة لهما أن التلاميذ يقلدون غالباً سلوك قادتهم في الفصل سواء كان هذا السلوك مرغوباً أو غير مرغوب . فقد نجح التدعيم بالنقود في فصلين لطلاب مراهقين من المضطربين انفعالياً . وبين من يعانون من عجز عن التعلم ، نجح التدعيم في إنقاص السلوك المشاغب ، بينما فشل في فصل ثالث بفعل قائد منهم

رفض هذا التدعيم بوصفه أمرا يصلح للأطفال فقط ، ولكن تعيين هذا القائد مستشارا للمدرسة أدى إلى تحسن كبير في سلوك الفصل .

(٢) ومن هذه العمليات : التمييز : فلقد استطاع هوبلي ومالوت (١ ، ص ٣٣) تعليم الطفلة ليزلى وكان عمرها ١٢ عاما وشديدة التخلف العقلى (نسبة ذكاء ٢٠) أن تتعرف على اسمها مطبوعا في بطاقة ، وذلك عن طريق مكافأتها بكلمة « حسنا » وبوضع طعام في فمها كلما استطاعت تمييز هذه البطاقة عن بطاقة أخرى مطبوع عليها اسم آخر « كارمن » . ولكن إذا أخطأت يقال لها « لا » وتسحب البطاقتان لمدة ١٠ ثوان ثم يعاد عرضهما . وقد تعلمت تمييز اسمها بعد ٦٥ محاولة . وإذا أريد تعميم السلوك المرغوب في أكثر من موقف فإنه يتعين تدعيمه في مواقف مختلفة وليس في موقف واحد ، فمثلا لا يجب في علاج أمراض النطق أن يقتصر التدعيم على الجلسة العلاجية فقط .

(٣) تعميم المنبه : وهو عكس التمييز . فمثلا ، قد يلجأ التلميذ إلى النوبات في المدرسة إذا كان يلجأ إليها في المنزل وإذا كوفيء عليها في المدرسة أيضا . وتشير البحوث إلى أن التعميم يزداد احتمال وقوعه إذا وجدت أوجه شبه بين الموقفين . وفي دراسة لباترسون (١ ، ص ٣٥) وضعت على مقعد طفل مشاغب (كان يدفع ويضرب زملاءه ويتكلم بغير إذن) « لمبة » وعداد كهربائى ، وتضىء اللمبة كلما امتنع الطفل عن السلوك غير المناسب لمدة معينة . ويسجل العداد عدد مرات السلوك المناسب . وفي نهاية اليوم توزع على كل تلاميذ الفصل حلوى أو نقود حسب عدد المرات التى يسجلها العداد . وقد وجد أن هذا السلوك قد عمم إلى فناء المدرسة وإلى المنزل بالرغم من عدم تقديم تدعيم للطفل في هذين الموقفين . إلا أنه يتعين القيام ببرمجة مقصودة ومخططة إذا أريد التعميم . فمثلا قد يقدم التدعيم في أكثر من موقف : في الفصل الخاص بفئة معينة وفي الفصل العادى حين يلتحق به التلميذ .

(٤) التسلسل : **Chaining** تتضح عملية التسلسل في أنواع عديدة من السلوك . فالمشى مثلا ليس عملا واحدا ، بل يتكون من سلسلة من الحركات أو السلوك يكون كل منها مفتاحا أو دليلا لما يليه : رفع القدم مفتاح لد القدم إلى الأمام ، والعنصر الذى يحتفظ بالوصلات بين حلقات السلسلة هو التدعيم في نهايتها .

ويتضمن تعلم سلوك جديد غالبا الجمع في سلسلة بين استجابات سبق تعلمها . فمثلا قد يستطيع طفل اسمه « مختار » كتابة كل حرف أبجدي من حروف اسمه ولكنه يعجز عن كتابة اسمه كاملا ، ذلك أنه يتعين أن يتعلم أن يكتب أولا الحرف م وأن هذا الحرف هو مفتاح للحرف خ وهكذا .. وكذلك قد يربط طفل يصاب بنوبات الغضب بين النوبة وانتباه المدرس إذا حدث بعدها مباشرة . ولذلك يكون من الأفضل أن يرجىء المدرس اهتمامه بالأمر فترة معينة بعد حدوث النوبة . وهناك الكثير من أنواع السلوك يتعلمها عن طريق التسلسل الخلفى **Backward Chaining** وليس الأمامى مثل تعلم الطفل العودة إلى منزله من منزل جدته القريب ، وكذلك يمكن تعليم الطفل « مختار » كتابة اسمه بأن يبدأ بإعطائه الاسم ناقصا الحرف الأخير الذى يطلب منه كتابته « مختا » ثم الحرفين الأخيرين « مختد » وهكذا . ويفضل البعض التسلسل الخلفى لأن إكمال خطوة فيه بنجاح يدعم عن طريق رؤية العمل الكامل وهو مالا يتحقق في التسلسل الأمامى .

وهناك طرق أخرى بديلة يمكن للمدرس أن يقوم بها العواقب . فمثلا ، وجد أن التلميذ إذا فشل في إكمال واجبه مقابل مقدار معين من التدعيم ، فإنه إذا زيد هذا المقدار ، فسوف يكمل التلميذ العمل بمعدل مقبول . ومن الناحية الأخرى ، فإنه إذا كان التلميذ يعمل فعلا لمقدار معين من التدعيم ، فإنه يمكن أحيانا التخفيف تدريجيا من جدول التدعيم دون أن يؤدي ذلك إلى نقص في السلوك ، وذلك عن طريق أن يطلب من التلميذ زيادة مقدار السلوك المناسب ، أو عن طريق الإطالة تدريجيا بين السلوك المطلوب ومنح التدعيم . ويحدث أحيانا أنه حين يستخدم المدرس مدعما جديدا أو نفس المدعم في موقف جديد ، أن يرفض التلميذ بدءا ذلك التغيير . ومن وسائل تجنب هذه المشكلة « تجربة المدعم » وفيها يقدم المدعم قبل أن يطلب من التلاميذ أداء العمل . وبعد أن يصبح المدعم مألوفا للتلاميذ يمكن للمدرس تقديم المدعم مشروطا بأداء العمل . وفي معظم نظم تعديل السلوك ، تبرمج العواقب طبقا لسلوك كل تلميذ معين ، إلا أنه أحيانا يكون من المفيد تطبيق إجراء جماعى يتلقى فيه التلاميذ العواقب على أساس أداء الجماعة الكلية . ويسر ذلك عملية التسجيل ومنح العواقب . ومن أمثلة هذا النظام الكثير من المباريات المدرسية داخل الفصل أو خارجه .

وهناك طرق متنوعة يمكن بها للتلاميذ تعلم تعديل سلوكهم . ومنها أن يحتفظ التلاميذ بسجل للسلوك . ويؤدي ذلك أحيانا إلى تحسين السلوك . فيمكن للمدرس مثلا أن يطلب من التلاميذ الاحتفاظ بسجل لعدد المرات التي يتكلمون فيها دون إذن ، أو تلك التي يعطون فيها الإجابات الصحيحة عن الأسئلة . ومن هذه الطرق أيضا أن يحدد التلميذ مقدار التدعيم الذي يقدر أنه يود الحصول عليه لإكمال العمل المدرسي . وتشير الدراسات المنشورة إلى أن التلاميذ يسلكون في هذه المواقف مسلكا مسئولا . وفي بعض الحالات ، يعمل التلاميذ بجد حين يحددون مستوى التدعيم بأنفسهم أكثر مما يعملون حين يفرض المدرس عليهم المستوى . ويتمثل الضبط الذاتي للسلوك فيما سبق وأن أشرنا إلى تسميته « التعاقد الإشرافي أو السلوكي » . ويتضمن ذلك في المجال المدرسي أن يطلب من الطالب الإسهام في عملية تحديد الأهداف وتحديد مستويات التدعيم . وبعد التوصل إلى اتفاق مع المدرس على كل جزء من العقد ، تعلن مواده . ويمكن إعادة التفاوض في شروطه بتقديم الطالب . ومن الناحية الأخرى ، يمكن للطلاب تعديل سلوك زملائهم بل ومدرسهم أيضا . ويتم ذلك في الحالة الأولى عن طريق الثناء على الزميل حين يسلك مسلكا طيبا والاشراف عليه في العمل المدرسي . ويمثل ذلك تديسا دون تكلفة من تلميذ فرد لتلميذ فرد آخر . وتشير الدراسات إلى أن الفصل بين تلميذين مشاغبين يؤدي إلى نتائج طيبة ، كما أن الاهتمام بتلميذ لا يؤدي إلى تحسين سلوكه فقط بل وتحسين سلوك جاره في المقعد أيضا .. وتشير بعض الدراسات إلى أن جلوس التلاميذ في الصفوف التقليدية أحسن من الجلوس حول موائد متناثرة من حيث معدل التحصيل . ويفسر ذلك على أساس أن الجلوس حول موائد يؤدي إلى التحدث في غير موضوع الدراسة وعدم انتباه المدرس إلى السلوك المشاغب ، والتدعيم الذي يحصل عليه التلميذ من انتباه جاره له . وكذلك تشير بعض الدراسات إلى أنه من المفيد حجز جزء من حجرة الفصل وتزويده بمدعيات مثل اللعب والكتب المسلية والتليفزيون الخ واستخدام ذلك الجزء لمكافحة التلميذ بعد أن ينتهي من أداء العمل المطلوب في المستوى المطلوب . وقد أدى ذلك إلى تحسين معدل الانجاز . ويتعين التنبيه إلى أن العمل المنجز يجب أن يكون مقبولا . ويمكن مثل هذا الترتيب المدرس من الاهتمام ببقية التلاميذ ، كما أنه أفضل من نظام « الماركات الرمزية » الذي يتطلب تسجيلا لكل إنجاز ، وقد يشترى بعض التلاميذ هذه الماركات ، الخ .. وبالطبع

تشمل أنشطة التلاميذ في منطقة التدعيم أنواعاً تختلف باختلاف سن التلميذ . فمثلاً في السن من ٣ إلى ٥ سنوات : تقليب كتب ملونة جذابة ، الاستماع إلى قصص ، اللعب بالأقلام الملونة ، الرسم ، لعب المتاهات ، اللعب بالصلصال ، الخ . . وفي السن من ٦ إلى ٨ سنوات : قراءة القصص ، الرسم ، الدومينو ، الخ . وفي السن من ٩ إلى ١١ سنة قراءة الرسوم الكوميديّة ، قراءة القصص العلميّة والألغاز والشطرنج والرسم . وفي السن من ١٢ إلى ١٤ سنة ، الشطرنج ، كتابة الخطابات ، قراءة المجلات ، الدومينو ، الخ . وفي السن من ١٥ إلى ١٦ سنة ، التحادث مع الآخرين ، الشطرنج ، القراءة ، الخ . وتحدد فترة البقاء في هذه المنطقة وأنواع النشاط التي تمارس بما لا يقل عن ٣ دقائق وبما لا يزيد عن ١٠ دقائق .

مثالان لاستخدام التدعيم الاجتماعي في حل المشكلات السلوكية في المدرسة :

(أ) حالة تلميذة عدوانية (١٩) كان عمرها خمس سنوات وكانت تنفوه بألفاظ بذيئة . في الأيام العشرة الأولى من التجربة لتحديد خط الأساس كان سلوك المدرسات هو السلوك العادي المألوف وقد وجد أن الطفلة مارثا كانت قريبة من الأطفال الآخرين حوالي ٥٠٪ من الوقت ولكنها تمارس معهم ألعاباً تعاونية لأقل من ٥٪ من الوقت . وكان تفاعل المدرسات معها يستغرق حوالي ١٠٪ من الوقت المتاح . وفي الأيام السبعة التالية كانت المدرسات يغدقن على مارثا التدعيم الاجتماعي من حيث التقارب والضحك والحديث وإبداء الإعجاب وإعطائها أشياء مادية . وقد استغرق ذلك حوالي ٨٠٪ من الوقت المتاح . إلا أن هذا « الحب غير الإشرافي » لم ينتج عنه تعاون مارثا في اللعب لأكثر من ٥٪ من الوقت كما كان عليه في الأيام العشرة الأولى . وكانت المدعمات في هذه الفترة تقدم على أساس عشوائي بدلا من أن تكون مرتبطة بسلوك معين . وفي المرحلة الثالثة من التجربة كان سلوك مارثا التعاوني في اللعب يتبعه مباشرة انتباه ومدح وتقديم مواد اللعب . ولكن المدرسات كن يتجاهلن سلوكها السلبي والباعث على الضيق ، أي سحب كل أنواع الانتباه لها وتوجيه الانتباه لطفل آخر . وكانت النتيجة أن ارتفعت نسبة سلوك مارثا التعاوني إلى ٤٠٪ . ويستنتج من ذلك أن التدعيم الاجتماعي لكي يكون فعالاً يجب أن يتبع مباشرة السلوك المطلوب .

(ب) حالة طفلة نكوصية كان عمرها ثلاث سنوات وتقضى ٨٠٪ من الوقت تزحف على الأرض . ولما أعطى المدرسات انتباههن فقط لوقوفها ومشمها ، استعادت أسلوب المشى العادى خلال اسبوع . وعندما حولن انتباههن لزحفها على الأرض وعدم الانتباه للوقوف والمشى انتكست إلى الزحف بنفس النسبة السابقة .

وهناك حالات أخرى كثيرة عديدة تشير إلى أن مجرد إعطاء التعليمات والأوامر للتلاميذ لا يكفى ، وأنه من الضروري تدعيم السلوك المطلوب تعديله وتجاهل السلوك غير المرغوب . كما تشير بعض التجارب إلى أن استنكار المدرس لسلوك معين يبدو أنه يدعم هذا السلوك (١٩ ، ص ٩٠) كما أنه إذا استخدم المدرس استجابتين للتدعيم ، فإن أكثرهما جذبا للطفل يدعم الأقل جذبا . وهذا هو ما يعرف بقاعدة بريماك Premack principle وتمثل في قول المدرسة : « قم بعملك أولا ثم العب بعد ذلك » أو « سوف تحصلون على خمس دقائق لعب بعد عشرين دقيقة إذا لم تتركوا مقاعدكم خلال هذه الفترة ، أو إذا لم تحدثوا أصواتا مزعجة » ، الخ ..

تدريب المدرسين في إطار سلوكي :

ميدان تدريب المدرس ميدان ثرى لتطبيق أسس وطرق تعديل السلوك ، ذلك أن سلوك المدرس بوصفه نظاما فرعيا من نظام أشمل له تأثيره في العملية التربوية .. ومن الضروري تحليل الاستجابات في عملية تدريب المعلم . وقد يستعان في ذلك ببعض قوائم الملاحظة مثل « قائمة فلاندرز لتحليل التفاعل »^(٥) ويتطلب ذلك : (١) تحليل مهارات التدريس مثل : وصف وتحديد الهدف من التدريس ، تخطيط استراتيجية التعلم ، التقويم ، تكوين علاقة طيبة مع التلاميذ ، استخدام طرق التدريس ، اكتساب الاتجاهات الملائمة ، الخ . (٢) تدريب المدرس - الطالب على استخدام أسس تعديل السلوك وذلك بالاستخدام الفعلي لها ، (٣) التوصل إلى نظم لتعديل السلوك تهيء للمدرس - الطالب تعلم السلوك المعقد مثل الاستدلال وحل المشكلات والتقويم الجماعى . ويميز البعض بين التدريس teaching والتعليم

* ارجع إلى : لويس كامل مليكه . سيكولوجية الجماعات والقيادة ، الجزء الأول . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٩ .

instruction ، فيعتبرون التعليم مفهوماً أوسع مدى يندرج تحته التدريس بوصفه نشاطاً إنسانياً معيناً . وينعكس منهج التخطيط البيئي و « المماركات » في تدريس المدرسين باستخدام المنهج نفسه في تدريسهم على تخطيط منبهات البيئة الكلية التي يتعرض لها الأطفال ، ويتضمن ذلك إصدار أحكام قيمة مثل أيهما أفضل : بقاء التلميذ في المقعد أم الحركة الهادفة ، السلوك التعاوني مقابل التنافس . والمهم هو تدريب المدرس لكي يكون واعياً بعواقب هذه القرارات ولكي يشرك التلاميذ في اتخاذ القرار .

آراء سكينر في التعليم :

يرى سكينر (في ١٩) أن التعليم بعامة في خطر ، فهو يغطي الآن مدى زمنياً أطول ، ويقدم مناهج أكثر تنوعاً ، ويتعامل مع فئات متنوعة ، وتزداد نفقاته ويشتد الطلب عليه . والحل الذي يقدمه سكينر هو زيادة فعالية التعليم ، إذ يمكن في تقديره تعليم ضعف أو أكثر مما تعلمه الآن وبنفس الجهود في نفس الوقت ، أو تعليم نفس القدر في نصف الوقت . وبذلك يمكن توفير الكثير من النفقات لتعليم أعداد أكبر ولزيادة مرتبات المدرسين وللحصول على تأييد الرأي العام . ويفسر سكينر العزوف عن هذه الحلول بأنه يرجع إلى سخافة التجارب الأولى في التعلم وتركيزها على مواد لا معنى لها مثل تعلم المتاهات والذاكرة ، الخ .. دون محاولة التركيز على تأثير عملية التعلم . وقد يرجع السبب أيضاً إلى نقص الإيمان بالحاجة إلى تدريب المدرس على طرق التربية ، وذلك على أساس أن ذلك أمر لا يحتاج إلى تدريب وأن الجميع يقومون به في الحياة اليومية . وثمة دعوة إلى عدم الحاجة إلى المدارس والرجوع إلى الطبيعة الأم وإلى الحياة اليومية وإلى أفكار روسو . وتمثل هذه الدعوة اليوم فيما يسمى « المدارس الحرة » ولكن سكينر يرى أن هذه المدارس سرعان ما تقفل أبوابها وأن الناس لا يتعلمون فعلاً من مدرسة الحياة ، وثمة سبب آخر هو النزعة إلى لوم التلميذ لفشله دون محاسبة المدرس على نتائج عمله ، بحجة أنه لا يمكن تقويم مثل هذا العمل طالما أننا نحدد أهداف التعليم في ضوء عمليات عقلية مثل : نقل المعرفة وإكساب المهارات واستشارة الأفكار وتعديل الاتجاهات . وذلك بالرغم من أن المدرس لا يتعامل مع هذه المتغيرات ولكنه يتعامل مع سلوك التلميذ وذلك عن طريق

تغيير البيئة اللفظية وغير اللفظية . ومن المتوقع أن يخشى كل من المدرس ومدير التعليم التقويم لأنه قد يؤدي إلى إظهارهما في صورة سلبية .

ومهمة المدرس في إطار تعديل السلوك هي أن يحلل السلوك تجريبيا وهو يقدم التدعيم الإيجابي للتعلم ، وليس ذلك رشوة ذلك أن ما يحصل عليه التلميذ ليس هو المهم . ولكن المهم هو الطرق التي يربط بها بين التدعيم والسلوك . وقد أسهم التحليل التجريبي للسلوك في تصميم المواد التعليمية وفي طرق تقديمها . وتقوم هذه الطرق على مبادئ محددة هي : أن يتقدم الطالب خطوة خطوة وألا ينتقل إلى خطوة تالية قبل أن يتقن الخطوة السابقة . وتصاغ المواد بحيث تزيد من احتمال الاستجابة الصحيحة وبحيث يسير التعلم طبقا لمعدل الفرد . ومن أمثلة هذه الطريقة ما أعده كيلر (١٩ ، ص ٤٥٢) وأسماه « النظام الشخصي في التعليم ، **Personalized System of Instruction (PSI)** وفيه تستخدم المحاضرات والعروض لاستثارة الدوافع ، وليس لإعطاء المعلومات الهامة - وبالطبع ، تزداد أهمية الكلمة المكتوبة في مثل هذه الطرق . ولقد انتشر هذا النظام بسرعة في الكليات والجامعات والمدارس وأثبت نجاحه في تقدير سكينر . وتسهم مثل هذه الطرق في حل الكثير من المشكلات ، فمثلا نظرا لأن التعليم فردي فليس مطلوبا أن يسير الطلاب على نفس المعدل أو أن يخضعوا للامتحان في نفس الوقت في نهاية البرنامج . وفي مثل هذا النظام يكون الامتحان أصدق تمثيلا لمواد التعلم . والمنهج نفسه هو الامتحان ، والدرجة تشير إلى المرحلة التي توصل إليها المتعلم . وبالطبع ، فإنه لكي يطبق هذا النظام ، يتعين إحداث تغييرات جوهرية في نظم التعليم وفي أدوار المعلمين والإداريين وفي المباني المدرسية . فمثلا ، يتساءل سكينر : ماذا يحدث لو أمكن تعليم مادة الفرقة السادسة في الفرقة الخامسة مثلا . وهو يضرب مثلا لذلك ، المنهج الذي أعده الأستاذ لايمان آلن في كلية الحقوق بجامعة بيل في المنطق لطلبة الجامعة وهو الآن يدرس بنجاح لطلبة الفرقة السادسة في التعليم العام ! وإذا كان من الممكن في مثل هذا النظام أن يعلم التلميذ غيره من التلاميذ ، فماذا يكون مصير المدرسين ؟ يرى سكينر أن تطبيق مثل هذه النظم سوف يوفر مزيدا من الوقت للتفاعل بين المدرس والتلميذ ولقيام المدرس بدور الموجه والمدعم ، إلا أن ذلك يتطلب نوعا مختلفا من تدريب المدرس على التحليل التجريبي للسلوك كما سبق وأسلمنا .

ويتساءل البعض عما إذا كان استخدام أساليب تعديل السلوك قد يدعم النموذج التقليدي في التربية وهو نموذج التلميذ الملتصق بمقعده والذي لا يحدث أحدا ولا يتسم ولا يتحرك والذي يستأذن قبل كل خطوة بخطوها . ويرد أنصار تعديل السلوك بأن السؤال الذي يتعين أن يطرحه المدرس ليس هو : « ما الذي يمكن أن أفعله كي أبقى هؤلاء التلاميذ في مقاعدهم حتى يستطيع أن أعلمهم ؟ » بل هو : « كيف يمكن ترتيب هذه البيئة بحيث يمكن للتلميذ وللمدرس اتخاذ قرارات لها عواقب حقيقية تساعد التلميذ على ضبط سلوكه ؟ » أو « ما هو السلوك المرغوب في البيئة س ؟ » . وفي هذا الاطار تكون مشاركة التلميذ مع الآباء والمدرسين والمديرين في اتخاذ القرار أمرا مرغوبا .

الفصل الثاني عشر

تقويم نقدي

دراسات تقويمية :

إن محك نجاح العلاج السلوكي هو الدرجة التي يعدل بها السلوك المستهدف بما في ذلك الأفكار والمشاعر في الواجهة المطلوبة ، ويصعب تحديد درجة هذا النجاح عن طريق تقويم ذاتي من قبل المعالج أو عن طريق التقارير عن الحالات أو عن طريق الدراسات غير المضبوطة . وقد قدم جولدستين (٧ ، ص ٢٣٥) نتائج عدد من الدراسات المضبوطة نعرض فيما يلي وبإيجاز نماذج منها :

(١) استعرض بول نتائج عدد من الدراسات المضبوطة (عشرين دراسة أجريت قبل عام ١٩٦٩ وعشرين دراسة أخرى بعد ذلك) وذلك في علاج الخوف من التحدث إلى الجمهور فوجد أن المجموعات التي عولجت بأسلوب « التخلص التدريجي من الحساسية » تفوقت بنسب ملحوظة على مجموعة أخرى شملت : لا علاج ؛ علاج موجه نحو اكتساب البصر ؛ علاج وهمي . كما وجد أن التحسن العلاجي قد استمر في متابعة بعد عامين .

(٢) في حالات القلق المرتبط بالعلاقات مع الآخرين بين طلبة جامعيين ، وجد دى لوريتو أنه مع الانطوائيين تتساوى فعالية التخلص التدريجي من الحساسية مع العلاج العقلاني - الانفعالي ، ومع الانبساطيين تتساوى مع العلاج الوجودي . ولكن حين تجمع كل الحالات معا ، فإن التخلص التدريجي من الحساسية يتفوق على النوعين الآخرين من العلاج .

(٣) كشف بحث عن تفوق « التخلص التدريجي من الحساسية » تفوقا دالا على « الاسترخاء فقط » وعلى « الاسترخاء مع الإيحاء المباشر » من حيث مقياس الحد الأقصى لسريان الهواء خلال التنفس وذلك في علاج حالات الربو ، ولكن لم توجد فروق دالة بين الأنواع الثلاثة من العلاج من حيث تواتر النوبات رغم تناقصها في المجموعات العلاجية الثلاث .

(٤) وتحيط المشكلات المنهجية بنتائج البحوث في علاج الجنسية المثلية - وتشير نتائج البحوث إلى أن حوالي ٢٥٪ من المرضى سوف يتجهون كلية إلى الجنسية الغيرية بعد العلاج وبصرف النظر عن المنهج العلاجي المتبع . ويكون التنبؤ أفضل في حالات الإحالة الذاتية وفي حالات وجود تاريخ سابق من الاهتمام بالجنس الآخر . ولكن نظرا لأن ٢٥٪ من المرضى يتحسنون سواء أعطى لهم

علاج أم لا ، فإنه لا يمكن القطع بأن التحسن يرجع إلى العلاج قبل أن تتوفر بيانات خطط أساس عن الأفراد غير المعالجين . وفي تجارب مضبوطة قام بها فلدمان وماككلوك وجد أن كلا من الإشراف الكلاسيكي والإشراف التجنبي قد نجح بنسبة ٦٠٪ مقابل نسبة نجاح ٢٠٪ للعلاج النفسي ، ولكن وجد أن الإشراف أكثر نجاحا في حالات الجنسية المثلية الثانوية (خيرة جنسية غيرية واحدة سابقة على الأقل) منها في حالة الجنسية المثلية الأولية (عدم توفر أى خيرة جنسية غيرية سابقة سارة) . ويقرر الباحثان كما يقرر غيرهما ، أنه من الضروري توفر استجابة بديلة (سلوك جنسى غيرى) إذا أريد للعلاج أن ينجح ، ثم تجريب « التخلص التدريجي من الحساسية » لإزالة القلق المرتبط بالوظيفة الجنسية الغيرية . وإذا تطلب الأمر استخدام أسلوب التنفير لإضعاف الدافع إلى الجنسية المثلية .

(٥) ينتج « التخلص التدريجي من الحساسية » تحسنا في حالات المخاوف أكبر مما ينتج في حالات الأجورافوبيا ، ولكن العكس صحيح بالنسبة للإغراق الذى أكدت دراسات حديثة فائدته في علاج الأجورافوبيا .

نقد العلاج السلوكى :

يرى المعالجون السلوكيون أن طريقتهم علمية تتسم بكفاءة التطبيق المستمد من أسس التعلم التى تم تجريبها معمليا . وهم يرون أن معاناة الإنسان هى عادات لا توارثية يمكن إلغاء تعلمها من خلال معالجات سلوكية بسيطة . أما من يعارضون المنهج السلوكى سواء كانوا من أنصار المنهج التحليلى أو المنهج الإنسانى ، فإنهم يرون أن العلاج السلوكى هو علاج آلى يتنقص من إنسانية الإنسان ويعكس أيديولوجية تسلطية ، وأن مفاهيمه ساذجة واختزالية ومبالغة فى التبسيط ، وتهدف إلى تغيير سلوكى تافه إذا نظر إليه بمقياس الحاجات الإنسانية الأكثر أهمية مثل النمو الذاتى والابتكارية ، وفى تقدير كورشين (١٠ ، ص ٣٤٨) فإن هذا الخلاف سوف يستمر على كل المستويات لأن الكلمة منه يعكس فروقا فلسفية عميقة فى تصور طبيعة الإنسان .

ومن مزايا العلاج السلوكى أنه علاج بسيط ومباشر ومختصر وبراجماتى ولا يتطلب إلا نادرا الوقت والجهد اللازمين غالبا فى العلاجات التقليدية . وأهداف العلاج السلوكى واضحة يشارك فيها كل من المعالج والمريض ، ويكون التقدم

واضحاً تتوفر له علامات موضوعية . ويمكن في ضوء الأهداف المحددة للعلاج السلوكي إنهاءه حين يتحرر المريض من الأعراض التي طلب المساعدة في التخلص منها . وبينما تتطلب ممارسة العلاج السلوكي تدريباً في الأسس والطرق السلوكية ، إلا أنه لا يتطلب تعمقاً في النظرية السيكولوجية والعلوم الاجتماعية أو المعرفة البيولوجية والطبية أو خبرات عريضة في الحياة أو تحليلاً شخصياً ، وهو ما يغلب أن تتطلبه ممارسة بعض الأنواع الأخرى من العلاج ، بل أن الكثير من العمل في تعديل السلوك يمكن أن يقوم به المساعدون الفنيون والمرضات والوالدان والمدرسون ، مما يوفر الوقت للمهنيين لإجراء البحوث ولتطوير البرامج . وهذه الاعتبارات : البساطة والسهولة والاقتصاد اعتبارات قوية في وقت يزيد فيه الطلب على الخدمات النفسية مع قلة المصادر المهنية . إلا أن نفس الاعتبارات تزيد من مخاطر تطبيق العلاج السلوكي بطرق آلية سطحية وأن يناله التخريب من قبل الهواة .

ولكي يفيد المريض من العلاج السلوكي ، ليس من الضروري أن تكون لديه قدرة لفظية أو قدرة على التأمل أو حتى أن يكون لديه دافع قوى كما هو الحال في العلاجات الأخرى اللفظية . ومن ثم ، فإن العلاج السلوكي يمكن أن يلبي حاجات الكثرة الغالبة من غير المتعلمين ومن الفقراء الذين تعجز مواردهم وخصائصهم عن الوفاء بمتطلبات الأنواع الأخرى من العلاج . ومن الناحية الأخرى ، فإن هناك من الأدلة ما يشير إلى فعالية العلاج السلوكي في حالات نزلاء مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية والأطفال المتخلفين والمتطوئين على ذواتهم autistic الذين يصعب علاجهم بالطرق الأخرى . ومهما بدت العلاجات السلوكية كريمة وبخاصة حين تتضمن عقوبات بدنية ، إلا أنه يجب في تقدير كورشين (١٠ ، ص ٣٤٩) أن تحتل مكانها في علاج المرضى الشديدي التخلف طالما أنها تثبت قدرتها على تخفيف السلوك المدمر للذات وتنمية سلوك اجتماعي أكثر قبولاً . وقد وسّع العلاج السلوكي من مدى التدخلات السيكولوجية لمصلحة الأقل حظاً من الثقافة والأشد اضطراباً . إلا أنه من الخطأ في تقدير كورشين الزعم بأن العلاج السلوكي هو أحسن ما يصلح لعلاج كل المشكلات السلوكية . فهو لا يصلح لعلاج العصاب الوجودي والاكتئاب والقلق الهائم والمسبب للعجز ، والمآزق الخلقية والقيمية ومشكلات الهوية والالتزام وما شابه . وقد يمكن للعلاج السلوكي أن يخفف من استجابات المخاوف المرضية لمنبهات معينة ، ولكن ماذا عن الحزن لفقد حبيب أو الشعور بالعار لفشل في

أمر ما ، أو الشعور بالذنب سواء كان حقيقيا أم متخيلا عن أعمال لا أخلاقية أو الشعور الغامر بالمنعة والقوة وغير ذلك من الوجدانات السلبية . كما أن تشبيه السلوك الإنساني بالسلوك الحيواني والتركيز على السلوك الظاهر بدلا من الحالات الداخلية يقلل تماما من تلك القيم والمشاعر والأخيلة والدوافع التي تميز أكثر من غيرها الحياة الإنسانية ، وتشيع فيها الاضطراب .

وتكون الطرق السلوكية أكثر فعالية في الظروف التي تتوفر فيها للاكليبيكي أكبر درجات التحكم وال ضبط كما هو الحال في المعمل أو في المستشفى . ففي ظل هذه الظروف يمكن تشكيل السلوك الأساسي للحياة الاجتماعية للمضطربين . كما يمكن التخفيف من استجابات القلق البؤرية والمزولة لدى الناس الأكثر سوءا . ولكن الطرق السلوكية أقل قابلية للتنبؤ عن نتائج استخدامها في حالة الناس الذين يتسمون نسبيا بالنضج والذين يتحركون بقدر من الحرية في العالم الاجتماعي الطبيعي رغم أنه يكون محفوقا بالألم وعدم الفعالية بفعل المشكلات الانفعالية ومن الصعب رؤية كيف يمكن لزوجة ممزقة بين مطالب العائلة ومطالب العمل وتبحث عن معنى أكبر لحياتها ، أن تجد المساعدة في العلاج السلوكي .

إن الصياغات البسيطة والمباشرة والبرجماتية للسلوكيين هي غالبا على النقيض من المفاهيم المعتمة والثقيلة للعلاج التحليلي والوجودي وفي تقدير كورشين (١٠ ص ٣٥٠) فإن العلاج السلوكي قد قدم خدمة حقيقية عن طريق التشكيك في بعض الاعتقادات التي كادت تصبح مقدسة للعلاجات التقليدية مثل : « لا يمكن إحداث تغير حقيقي في وقت قصير » أو « علاج الأعراض يؤدي حتما إلى الانتكاس أو إلى إبدال الأعراض بأعراض أخرى » . وإصرار السلوكيين على اختبار هذه المفاهيم أمبيريقيا لشرحها من خلال البحث النظامي لتحديد قيمة التدخلات العلاجية له أهمية كبيرة في علم النفس العلاجي بخاصة ، في ضوء الاتهام الموجه إليه أحيانا بأنه ينقصه الانضباط . ولذلك يتعين التساؤل عن مدى استقرار العلاج السلوكي في ضوء النظرية والبحث . ويؤكد السلوكيون دائما أن العلاج السلوكي يستند إلى استخدام مبادئ التعلم التي ثبت صدقها تجريبيا ، إلا أن النقاد يشيرون إلى أن هناك عددا قليلا من مبادئ التعلم متوفرة لشرح الظواهر البسيطة في المعمل ، فما الحال إذن في العصاب المعقد وفي التغير العلاجي ؟ فضلا عن ذلك ، فإن المفاهيم الأساسية

المستخدمة غامضة وأحيانا تُعرّف دائريا ودون معنى محدد . فمثلا تستخدم كلمات : المنبه ، الاستجابة ، التدعيم والسلوك تستخدم بصورة غير دقيقة وغير متسقة لوصف ظواهر سيكولوجية لا يمكن احتواؤها في إطار نظام لمصطلحات بسيطة . فالضغط على رافعة هو استجابة ، ولكن منظرا مخيفا متخيلا يعتبر أيضا استجابة . وأخيرا ، فإن تردد أصحاب نظريات المنبه - الاستجابة في النظر إلى عمليات مركزية وسيطة أو « عقلية » يرغمهم على حذف الشروح البديلة لحساب مبادئ تعلم وشروح معرفية ودافعية أكثر تعقيدا .

ويعترف كثيرون أن تأثيرات التدخلات السلوكية قصيرة المدى في فعاليتها وبخاصة بالنسبة للسلوك المشكل القابل بسهولة للتعرف عليه . ولذلك تجرى البحوث لتحديد المتغيرات العلاجية الفعالة في حالات النجاح والفشل . وتتجه التفسيرات اليوم إلى عدم الاقتصار على نظرية التعلم التقليدية وإلى الاهتمام بتوقعات المريض والعلاقة بينه وبين المعالج وإلى الجوانب المعرفية . وتتناول هذه البحوث تأثير المتغيرات العديدة التي تندرج عادة تحت مصطلح « التأثيرات غير النوعية » . وينزع المتشككون في فعالية الأساليب السلوكية إلى معادلة هذه التأثيرات بمتغيرات عقلية لا يرون لها أساسا واضحا في نظرية التعلم . وهكذا ، فإنه بقدر ما يمكن نسبة التأثيرات العلاجية إلى مثل هذه المتغيرات فإن النظرية « الكلاسيكية » في التعلم قد لا تكون نموذجا مناسباً . ولكن البعض الآخر يرى أن هذه التأثيرات قابلة للتحديد وبخاصة في إطار موسع من التعلم الاجتماعي . ومن هذه التأثيرات غير النوعية توقعات المريض ، وبخاصة تأثيراتها في التخلص التدريجي من الحساسية . ويرى بعض الباحثين أن هذه القضية مفتعلة ، فمن الواضح أن المرضى الأكثر تعاونا سوف يظهرون قدرا أكبر من التحسن وأن رغبة المريض في التعاون قد ترتبط بتوقعاته بأن تحسنا سوف يحدث . وفي ضوء منهج التعلم الاجتماعي في العلاج يرى البعض أنه من الأجدى التركيز على معرفة كيف تزداد توقعات المريض بالنجاح من النتائج العلاجية وكيف يمكن للمعالج أن يزيد من التوقعات الواقعية من جانب المريض لنتائج العلاج . ويقترح البعض عددا من الأساليب لذلك الغرض منها ما يسمى « تحديد البنيان المعرفي » والاستمرار في التأكيد على إمكانية التحسن وذلك لعبور الهوة بين المحاولات الأولى والتغير الملحوظ المؤجل واستشارة وجدانات إيجابية لمقاومة الانفعالات السلبية .

ومن هذه التأثيرات غير النوعية العلاقة بين المريض والمعالج . وتكاد تركز المناقشات في هذا المجال على الخبرة الإكلينيكية ويعوزها البرهان الإمبريقي . وفي ضوء مناقشاتنا السابقة فقد خلصنا إلى أن العلاقة الطيبة بالرغم من إنها ليست وحدها ظرفا أو شرطا كافيا للتغيير إلا أنها حيوية لإحداث تحسن ملحوظ ، وإلى أن نظرية التعلم لا تتناقض مع الاعتراف بأهمية هذه العلاقة . وينادى البعض باستخدام المعالج السلوكي لقيمة التدعيم الاجتماعي وامتدادها خارج الموقف الاكلينيكي شخصيا وعمليا إذا كان ذلك ضروريا لتحريك المريض . ولتفادي زيادة اعتماد المريض على المعالج ، فإن هذا الاعتماد يستخدم علاجيا في المراحل الأولى ويحل بحذر في المراحل المتأخرة .

ومن المناهج التي تركز على العلاقة بين المعالج والعميل التحليل النفسي ، وهو يهتدى بالتمودج الطبي الذي يؤكد على حل الأسباب التي يفترض أنها تكمن وراء مشكلات العميل والتي تكون ضارية غالبا في أغوار اللاشعور - ويساعد المحلل العميل على كسب البصر في أسباب سلوكه وهو يفسر له هذا السلوك في إطار تحليلي يقوم أساسا على العلاج اللفظي وتداعى الكلمات وتفسير الأحلام للكشف عن الصراع وديناميات السلوك من خلال التاريخ النفسجنسي . وفي المقابل يتجنب تعديل السلوك البحث عن الأسباب الكامنة التي يصعب تعريفها وقياسها ، ويؤكد على التشابك بين مختلف جوانب السلوك في الحاضر . ويستعين أكثر ما يستعين بالتعلم المحدد البنيان . وعلى الرغم من هذه الفروق بين المنهجين إلا أن البعض يرى أوجه اتفاق إذا لاحظنا ما يفعله المعالج في كل من المنهجين وليس ما يقول أنه يفعله . فكل من المنهجين يصلح للاستخدام مع أنواع عديدة ومتنوعة من العملاء والمشكلات ، وكل منهما يكمل الآخر وهما يعالجان جوانب أو مستويات مختلفة من مشكلات الناس . إلا أن هذا القول ينقصه الوضوح . ويرى البعض أن تعديل السلوك قد يؤدي إلى تغيرات سيكودينامية . فمثلا ، وجد كامبل (١٣ ، ص ١٥٥) أن إزالة الحساسية تؤدي إلى تناقص استجابات قلق الخصاء كما يقيسه اختبار التات ولكن ليس كما يقيسه الرورشاك . ويفترض كامبل أن إزالة الحساسية تمتد تأثيرها إلى العلاقات بين الأشخاص والتي يقيسها التات ولكن ليس قلق الخصاء كما يقيسه الرورشاك . ولكنها تقوى الأنا ومن ثم تمنع حدوث الأعراض البديلة .

أما عن المستقبل ، فإن كورشين يأمل أن تقل الفجوة بين السلوكيين والتحليليين والانسانيين ، وأن يكتسب كل طرف الاحترام للطرف الآخر من حيث المفاهيم والطرق وينقل كورشين عن لازاروس في هذا الصدد رأيا يمكن إيجازه على النحو التالي (١٠ ، ص ٣٥١) من الواضح أن اكتساب الاستبصار لن يحرر المريض من « اللزمات » أو المخاوف أو السلوك القهري أو الانحرافات الجنسية ، بينما يحرر المريض من هذه الأعراض ويغير انتكاسة أو إبدال الأعراض بأعراض أخرى ، الإشراف الإجرائي أو التخلص التدريجي من الحساسية أو الإيحاء المباشر بالتنويم المغناطيسى . هل يعنى ذلك أن نتخلى عن معرفة الذات لحساب أساليب الإشراف ؟ إذا كان الهدف هو القضاء على التبول اللاإرادي أو تعليم طفل منطو على ذاته الكلام أو استشارة سلوك مقبول اجتماعيا بين النزلاء الفصامين ، فإن الأدلة البحثية والإكلينيكية تشير إلى أنه سوف يكون من الغباء تجاهل المناهج والطرق السلوكية المباشرة . وحتى في هذه المواقف ، فإن اهتماما أكبر بالعلاقات البينشخصية للعميل قد تقوى وتقدم من تأثيرات طرق معينة لإعادة الإشراف ، إذ من الواضح أن تعليما أو تدريبا في مجال معين يحتمل أن يؤدي إلى أداء أحسن في هذا المجال ، وعادة سوف يجد المصابون بالتهمة أن تمرينات السيولة اللفظية أكثر فائدة لتحسين الكلام من التأمل . ومن يعانون من مخاوف مرضية سوف يستجيبون للتخلص التدريجي من الحساسية أحسن من استجابتهم للتحليل النفسى . والمهارات الاجتماعية تكتسب بسهولة أكبر من خلال التدريبات السلوكية (التمدجة ولعب الأدوار) أكثر مما تكتسب من خلال النصح أو المقابلات غير الموجهة - وحيث أنه ليس من السهل دائما تحديد أين تختلط المشكلات المحدودة في الأداء الفعال أو في اختلاله ، مع مشكلات المعنى الأبعد غورا ، فإن المعالجين يتعين أن يحاولوا تحديد ما يتعاملون معه قبل أن ينخرطوا في أساليب إعادة الإشراف أو فك الإشراف . والسؤال الأساسى الذى يتعين الإجابة عنه هو ما إذا كان الإكلينيكى يتعامل مع مشكلة أم مع عرض . فأن نزيل حساسية مريض بالمخاوف مثلا دون أن نحدد أولا ما إذا كانت هذه المخاوف هى مجرد استجابة تجنب ، أم مظهرا ذهانيا أم تراجعاً رمزياً أم محاولة لإنقاذ ماء الوجه أو وسيلة للحصول على اهتمام الآخرين أو سلاحا يستخدم فى صراع عائلى أو زواجى .. مثل هذا العمل يحرق قاعدة أساسية هى : « التشخيص قبل العلاج » .

آراء باندورا :

ويرد باندورا (٢) في خطابه الرئاسي للجمعية النفسية الأمريكية في اجتماعها السنوي في نيو أورليانز بالولايات المتحدة الأمريكية في أغسطس ١٩٧٤ على الكثير من الانتقادات التي توجه إلى المدارس السلوكية وفي مقدمتها : احتمال إساءة استخدام تطبيقاتها من قبل من بيدهم السلطة لتشكيل سلوك المحكومين بما يتفق مع أهدافهم ؛ والزعم بأن المنهج السلوكي يخلو من احترام العميل بوصفه إنسانا ليس من حق أحد حتى لو كان معالجا أن يشكل سلوكه عن طريق التدعيم ثوبا أو عقابا . يرد باندورا بقوله : إن هذه الانتقادات ترجع إلى سوء فهم ، ويقرر باندورا أن الإشراف ليس أكثر من مصطلح وصفي للتعلم عن طريق الاقتران بين الخبرات ، فهو ليس شرحا للطريقة التي يحدث بها التغيير في السلوك . وقد كان يفترض في بداية الأمر أن الإشراف يحدث بصورة آلية ، إلا أن البحوث كشفت بعد ذلك عن تدخل العوامل المعرفية في عملية الإشراف . فالناس لا يتعلمون بالرغم من تكرار اقتران الخبرات إلا إذا كانوا يعون أو يقدرون أن هذه الأحداث مترابطة . والاستجابات الشرطية تنشط ذاتيا في أغلب الحالات على أساس توقعات متعلمة وليس على أساس آلي . فالعامل المهم إذن ليس هو وقوع الأحداث معا في نفس الوقت ، ولكنه تعلم الفرد التنبؤ بها والتنبؤ بالاستجابة المتوقعة المناسبة . وإذا كان السلوك يتأثر بعواقبه ، إلا أن ذلك يتوقف على الوعي بنوع العواقب وعلى فهم طريقة تأثيرها . فالعواقب تؤثر في السلوك عن طريق تأثير الفكر . والإنسان حين يلاحظ تأثير أفعاله ، يميز في نهاية الأمر أى أنواع السلوك يناسب أى المواقف . وهو يستطيع أن يتنبأ بعواقب السلوك فيسعى إلى ما يفيد ويتجنب ما يضر ، ويكون ذلك غالبا بصورة شعورية . أى أن السلوك لن يتأثر كثيرا بعواقبه دون وعي بما يدعم ، كما أن التدعيم ليس عملية آلية ، ولكنه تأثير معرفي ودافعي - والفرد لا يعمل في عزلة ، فهو يلاحظ سلوك الآخرين وما يثاب أو يعاقب أو يهمل من هذا السلوك . ولذلك فإنه من الممكن أن يفيد من ملاحظة سلوك الآخرين كما يفيد من خبراته المباشرة . والسلوك الإنساني يمكن فهمه على أساس العلاقة التأثيرية بين السلوك الملاحظ والخبرة الذاتية أفضل مما يمكن فهمه على أساس عامل واحد منهما فقط .

علم النفس الإنساني والسلوكية : يعتبر علم النفس الإنساني في نظر أصحابه القوة الثالثة في علم النفس باعتبار تعديل السلوك والتحليل النفسي القوتين الأخرتين . ويعتبر الإنسانيون أن السلوكيين يتمسكون بالتحتمية ويتعاملون مع السلوك الهامشي بينما يتعاملون هم مع الخصائص البشرية : الإرادة وما يحدث داخل الإنسان ، ما هو فريد فيه ، كرامته وقيمه ، المعنى والقيمة والاختيار والخبرة والابتكارية والفهم الذاتي والتناسق في الحياة وقدر أكبر من تقرير الذات والمسئولية وتحسين الاتصال والتعبير الوجداني وزيادة الوعي . ويرد السلوكيون بأن أعدادا كبيرة منهم لا يعترضون على هذه الأهداف للعلاج ، بل إننا سوف نرى في فقرات تالية أن ثوريسين يسمى مذهبه « الإنسانية السلوكية » ، كما أن سكينر انتخب عام ١٩٧٢ « الرجل الإنساني » بواسطة الرابطة الإنسانية الأمريكية لاهتمامه بالسلوك الإنساني ومصير الإنسانية .. ويرى البعض أوجه اتفاق بين السلوكية والمذاهب الإنسانية في الاهتمام مثلا بالضبط الذاتي وما يرتبط به من وعى والاهتمام بالعمليات المعرفية والاتجاه العام بأن الشخص قادر على التغير ، وفي الكثير من مراكز العلاج النفسي يجمع اليوم بين أساليب العلاج الوجودي المتمركز - حول - العميل (وهو من أهم نماذج العلاج الإنساني) وبين أساليب تعديل السلوك التي تمد المعالج بما يسر إقامة علاقة طيبة مع عميله .

يرى ثوريسين (١٩) أن الخلاف بين المدارس الإنسانية كما تتمثل في آراء ماسلو وكارل روجرز ورولولوماى وفرانكل وغيرهم والمدارس السلوكية في العلاج النفسي هو إلى حد كبير نتيجة سوء فهم للمدرستين . ويتفق في ذلك الرأي مع باندورا . ويحاول ثوريسين ترجمة المفاهيم الإنسانية إلى أفعال إنسانية (استجابات) ، وهو يرى أن المنهج السلوكي في الضبط الذاتي هو طريقة لمساعدة الفرد في اكتساب قوة التوجيه الذاتي . إذ يهتم النموذج السلوكي للضبط الذاتي بفحص الأحداث الداخلية والخارجية التي تسبق وتتبع السلوك المعين . وتؤخذ بعض أفعال معينة للشخص محورا للضبط الذاتي مثل تدخين عدد أقل من السجائر ، التخفيف من الطعام ، معاناة قدر أقل من أخيلة المخاوف ، الخ . ولا ينظر إلى الضبط الذاتي بوصفه سمة أساسية للشخصية أو قوة داخلية كلية في الشخص مثل « قوة الإرادة » بل ينظر إليه بوصفه فعلا فرديا يمكن فهمه أحسن ما يمكن بوصفه فعلا إنسانيا له قيمته . فكل شخص قادر على تعلم الضبط الذاتي ومسؤول عن أفعاله . وتقرب هذه النظرة كثيرا

من النظرة الوجودية الظاهرية فيتعلم الشخص أن يكون ناقدا وملاحظا لأفعاله ولأفعال الآخرين وأن يولد فرضيات عن أى أنواع التدخل يمكن أن تحدث التغير المرغوب . أى أن مركز الاهتمام هو إعطاء الشخص قوة التغير ، وتميز هذه النظرة بين الاستجابات المضبوطة ذاتيا والاستجابات المضابطة للذات . وهذه الأخيرة معرضة لنفس المؤثرات البيئية مثل الاستجابات المضبوطة ذاتيا . فالسلوك المضابط للذات مثل ممارسة الاسترخاء سلوك . ويستخدم الشخص مجموعة من الاستجابات المضبوطة ذاتيا لضبط استجابات أخرى . ومن المشكلات العملية التي تواجه الأشخاص الذين يحاولون ضبط أفعالهم هي كيف يحافظون على أفعالهم المضابطة للذات . ذلك أن سلوك الشخص المضابط للذات يتأثر في نهاية الأمر بالبيئة الخارجية (مثل المدح الاجتماعي والتغيرات العائلية وتحسن التقارير الطبية ، الخ) . وعلى الشخص أن يرتب البيئة الخارجية بحيث تشجع بدلا من أن تثبط سلوكه المضابط للذات . فمثلا ، الأم التي تطهو وجبات دسمة وتصر على أن يتخم كل فرد في العائلة نفسه ، تجعل من الصعب على ابنها البدين الاحتفاظ بالاستجابات الهادفة إلى خفض كمية الطعام التي يتناولها . ولذلك فإنه يبدو معقولا اعتبار الضبط الذاتي بعدا متصلا من مناشط مختلفة بدلا من اعتباره فئة أو كينونة معارضة للضبط الخارجي . وقد سبق أن ناقشنا ثلاث استراتيجيات للتنظيم الذاتي هي : الملاحظة الذاتية والتخطيط البيئي والبرمجة السلوكية . ويرى ثوريسين أن المعالجات غير الأمبيريقية من جانب المدارس الإنسانية لن تسعفنا بالأساليب التي تمد الفرد بالقوة وأنها تؤخر التقدم العلمي ، كما أنه يرى في نفس الوقت أن المنظور الضيق للسلوكية التقليدية يعوق البحث . وهو ينادى بتجنب اصطناع الثنائية والسلوكية مقابل الإنسانية وبمحاولة التوفيق بين المدرستين ، فكلاهما تشاركان في الكثير مثل الاهتمام بزيادة فهم العمليات الظاهرة والباطنة التي تؤثر في أفعال الأفراد . والدراسة المتعمقة للفرد تقدم منهاج ملائما للدراسة الوثيقة له مع إمكانيات التنظيم الذاتي . ويرى ثوريسين أن المشكلة في قضية الحرية الفردية مقابل تحكم الآخرين في الفرد هي أن الخبرات الماضية والحاضرة للأشخاص الآخرين تؤثر فعلا فيما قد يقرر الفرد فعله في الحاضر . والفرق بينهما هو في « من يتحكم في أى المنبهات ؟ » أو من الذى يستخدم ويضبط المعلومات (المنبهات) التي تؤثر في الفعل الإنسانى ؟ والوعى هو أساس الحرية والضبط الذاتي لأنه يمد الفرد بالمعلومات التي يحتاجها لتغيير مصادره المنبهة : داخليا وخارجيا وحرية

الفعل تعتمد على وعى الفرد أو معرفته بأى أنواع المعلومات (المنبهات) تؤثر في سلوكه هو . ويتعين أن يشمل هذا الوعى المنبهات الداخلية أو غير الظاهرة والبيانات الخارجية لكل من السلوك الداخلى والخارجى . والطفل يتعلم الضبط الذاتى عن طريق ملاحظة الآخرين فهو يبدأ بالكلام بصوت عال مع نفسه أولا ثم يستبدل ذلك تدريجيا بالتحدث داخليا مع نفسه في صورة تعليمات ذاتية . ومع ازدياد الحديث غير الظاهر ، يفقد الفرد وعيه بهذا السلوك الداخلى ويبدو له أن ما يفعله تلقائى يتحدد كلية من الداخلى . وتوفر هذه الاستجابات المتعلمة غير الظاهرة هو الذى يحدد ما إذا كان الشخص يملك « حرية الفعل » . ويشير عدد من التجارب إلى أنه يمكن تعليم الأشخاص عن طريق أساليب التعلم الاجتماعى « أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة مختلفة » ، وبذلك يكسبون حرية أكبر وضبطا ذاتيا أكبر . وفي بعض التجارب مع الأطفال الذين كانوا يجدون صعوبة في القيام بعمل ، قدمت لهم أمثلة عيانية (نماذج اجتماعية) من آخرين يعطون تعليمات لأنفسهم بصوت مرتفع . وقد تدرّب الأطفال بعد ذلك على التحدث مع الذات تدريجيا إلى أن استطاعوا توجيه أفعالهم بأنفسهم دون عون خارجى . وأساليب الضبط الذاتى لها تاريخ قديم وغامض ، كما يتمثل في إجراءات اليوجا والزن Zen لضبط الأفكار والاستجابات الفسيولوجية . وقد استطاع بعض الأفراد تغيير معدل نبض القلب وحرارة الجسم وأنماط موجات المخ ، باستخدام إجراءات اليوجا . وقد اتسع نطاق البحوث السلوكية فشمل التدريب باستخدام إرجاع الأثر البيولوجى ، والتركيز المعرفى والإشارات الأداةى الإجرائى للاستجابات الغددية والحشوية . والخلاصة ، يرى ثوريسين وماهوفى في نموذج الضبط الذاتى السلوكى الطريق للتوفيق بين المدارس السلوكية والإنسانية (١٩ ، ص ٤٠٢) .

ويقدم ساندبرج وتابلان وتايلر (١٨) الملاحظات التالية في تقويمهم للمدارس السلوكية والسلوكية المعرفية وتعديل السلوك ، وهى تمثل في تقديرنا ملاحظات متوازنة وشاملة تضاف إلى ما قدم في عرضنا السابق :

(١) يمثل التأكيد على السلوك والتفكير في المدارس السلوكية بعامة نقطة ضعف في تناول الانفعالات ، فلم يتيسر إلا حديثا للسلوكية المعرفية في صور متباينة أن

تظهر قدرتها على التعامل مع عديد متنوع من المشكلات الإنسانية من منظور عام ، ومنها : الاكتئاب والمشكلات العائلية ، والوالدية ، وسلوك الطفل ، والجنوح ، ورعاية المجتمع المحلي لمرضى العقول وللمتخلفين ، ولا تقدم السلوكية المعرفية الشيء الكثير لأولئك الذين يسعون إلى النمو الشخصي من خلال التأمل الباطني العميق أو من خلال الخبرات الجماعية .

(٢) تنطبق الفعاليات المبكرة في المدرسة السلوكية الخالصة بسهولة على مواقف كثيرة ، إذ يمكن الاستعانة بها والإشراف عليها بواسطة أشباه المهنيين أو غير الاختصاصيين ، فهي مهام تطبق وجها - لوجه وهي ظاهرة الصدق ومعقولة ، إلا أن الوقت الطويل والتكلفة العالية للملاحظة في المنزل والمدرسة وتدريب الملاحظين والاحتفاظ بالسجلات تمثل مشكلات عملية للعيادات وللممارسين .

(٣) تنشأ مشكلات خلقية كثيرة حين يستخدم العقاب أو الحرمان .

(٤) الكثيرون من المعالجين النفسيين يكرهون تعديل السلوك لأنه يتجاهل الانفعالات ، ويقضى على ما يحيط بالعلاج النفسى من غموض وغيبية . وكذلك يكره الآباء تعديل السلوك لأنهم يخلطون بين المدعمات وبين الرشوة ، أو بسبب ما يتطلبه رصد السلوك من مسؤوليات كبيرة ومرهقة .

(٥) هناك خطر احتمال التبسيط الزائد من قبل المدرسين تدريبا جزئيا .

(٦) أسهمت السلوكية الإجرائية بتقديم أساليب عديدة استفادت منها المدارس العلاجية الأخرى في مجال ملاحظة وتصنيف السلوك وتحليل عواقبه .

وتنحو المدارس الأكثر معرفية إلى الطرف الأكثر محافظة . وهي تعتمد على قادة مدرسين بقدر أكبر ، كما أنها تهتم بالانفعالات بقدر أكبر (الاكتئاب مثلا) ، وهي نادرا ما تستعين بالتنفير أو بالعقاب . وتستثمر نسبة أقل من الاتهامات بتقديم الرشوة .

وكانت المناهج السلوكية المبكرة تبدو محايدة خلقيا ، أى يمكن استغلالها استخداما طيبا أو غير طيب طبقا لمن يستخدمها . ولكن يبدو أن احتمال إساءة استخدام التطورات الأحدث مثل علاجات الضبط الذاتي أقل ، بينما تزداد احتمالات أن يكون لها قيمة اجتماعية . وفي هذه المرحلة ، تبدو السلوكية المعرفية دفعة كبرى في

علم النفس تقدم إمكانية التكامل بين الفكر والممارسة ، كما تقدم إمكانية أرسخ قدما من حيث التطور الفكرى وحل المشكلات والتقويم والتشخيص والعلاج (١٨ ، ص ٢٨٩) .

الخلاصة

نخلص مما سبق إلى أن المدارس السلوكية والمعرفية تشترك مع غيرها من المدارس في بعض الممارسات بحيث لا تبدو هذه الممارسات - مع النظرة المتعمقة على هذا القدر من التنافر . وليس أدل على ذلك من أن بعض البحوث ومنها بحوث فيدلر مثلا (٨ ، ص ٢٧٣) وجدت أن العلاقات العلاجية التي يقيمها خبراء مدربون من مدارس علاجية مختلفة أكثر تشابها مما هي بين الخبراء والمحدثين من نفس المدرسة . وكل المدارس العلاجية تفترض أن السلوك الإنساني يمكن تغييره ، وأن العلاج النفسى يهبط الظروف التي يمكن فيها علاج المشكلات السلوكية من خلال فكّ التعلم ثم إعادة التعلم . إلا أن الصورة الحقيقية لعملية التعلم تتوقف على نوع النظرية الممارسة . وكذلك تتفق المدارس العلاجية على أن التعلم يحدث في سياق علاقة علاجية مهنية تعمل على تعظيم تأثير خبرات التعلم في العميل ، ولو أنها تختلف في اعتقادها بجمعية وبمستوى أهمية هذه العلاقة . ويتوقف نوع العلاقة المقامة على متغيرات عديدة منها طبيعة مشكلات العميل وصورة خبرات التعلم المقدمة . ولا تختلف المدارس العلاجية اختلافا كبيرا على أن تأثير العلاج النفسى يتوقف إلى حد كبير على دافع العميل إلى التغير وعلى توقعه بأنه سوف يكون أحسن نتيجة للعلاج .

وفي الممارسة العملية نجد أن المعالجين غير السلوكيين يستخدمون أساليب سلوكية في عملهم ومنها التدعيم الاجتماعى اللفظى وغير اللفظى (الابتسامة مثلا) وكذلك صورا من إزالة الحساسية عن طريق خلق مناخ لا عقابى في الجلسات يشجع العميل على الكشف عن مشاكله وذاته فرديا أو في جماعة . ويعنى ذلك المزاجية بين ظرف بيئى ميسر (لا يتفق مع خبرة القلق) . وتعبيرات العميل عن هيراركية منخفضة في الكشف عن الذات هي الخطوة الأولى الرئيسية في إزالة الحساسية . ويتشجع العميل بالتدرج على الكشف عن أمور أكثر حساسية عن حياته (الارتفاع في الهيراركية) بينما يتزوج كل حدوث لهذا الكشف عن الذات مع ظرف العلاقة

الميسرة . وكذلك تستخدم مدارس علاجية كثيرة التدريب على تأكيد الذات وإعادة البناء المعرفي والتشكيل .

ولكن العلاج السلوكي - في تقدير الممارسين له - يتميز باختياره أعراضا سلوكية معينة لعلاجها وباستخدام إجراءات عيانية محددة ومخططة بصورة نظامية لإحداث تغيير سلوكي وبلاستمرار في مراقبة التقدم بمقاييس كمية . ولا يقبل السلوكيون المتمرسون مجرد علاج الأعراض المقدمة بصورة آلية فهم ينظرون إلى الناس بوصف أن لديهم مشكلات تترابط وظيفيا رغم أنه لا يوجد بينها سبب كامن مشترك ولكنها تشكل سلسلة من المنبهات والاستجابات . فمثلا ، قد يشكو طالب من عدم قدرته على التركيز وأنه غير مستعد للامتحان بسبب تركيزه على صديقه بصورة وسواسية وهو لا يستطيع أن يؤكد ذاته حيالها ويخشى إن فعل ذلك أن يفقدها . وقد يؤدي ذلك إلى تعاطيه الكحول بشراهة مما يؤخر قدرته على مواجهة مطالب الدراسة وصديقه .

وتم ميزة هامة يراها المتحمسون للعلاج السلوكي وهي استعانهه بطرق وأساليب عديدة ومتنوعة يمكن تجربتها ، فلا يوجد التزام بطريقة واحدة شاملة لكل الأعراض كما هو الحال في صور العلاج الدينامي والإنساني . فقد يتلقى الاكتئابى علاجه من خلال إعادة البناء المعرفي والتدريب على تأكيد الذات . وقد تزال حساسية شخص يخاف من الرعد ، وقد يعالج الاستعراء من خلال التنفير وإزالة الحساسية وعلاج الخوف من الحميمية الجنسية . وقد يعالج نقص الكفاءة في التعامل مع المرأة من خلال التدريب على تأكيد الذات . وقد يشارك فصامى مزمن مقيم في المستشفى في برنامج للمماركات الرمزية يطبقه المساعدون في المستشفى ، وذلك بقصد زيادة الوعي بالبيئة وتنمية مهارات الرعاية الذاتية والدافعية إلى المشاركة في النشاط التأهيلي . وقد يعالج مدير من الضغوط من خلال برنامج في الاسترخاء الموسيقى والأخيلة الايجابية ومن خلال تكتيكات الاتصال الفعال مع المرعوسين ومهارات اتخاذ القرار . وقد تعالج امرأة تعاني من غسل الأيدي القهرى من خلال إجراءات قمع الاستجابة ووقف الأفكار وزيادة الحساسية غير الظاهرة والتدريب على الاسترخاء . وقد تعالج مريضة تعاني من الأجورافوبيا من خلال إرشاد زواجى سلوكى بما في ذلك التعاقدات التبادلية والتدريب على الاتصال وإزالة الحساسية في مواقف حية والتدريب على تأكيد الذات . وقد يعالج مريض يعاني من آلام مزمنة من خلال التدريب على

إرجاع الأثر الحيوى والتنويم المغناطيسى ووقف الأفكار والتدعيم الاجتماعى لزيادة النشاط والسلوك المضاد للألم . وبينما يغلب أن يبدأ المعالجون الذين يتبعون المنهج العقلانى - الانفعالى ، بتعليم العميل طرقا جديدة فى التفكير تمهيدا للتخلص من السلوك السلبى ، يغلب أن يعلم السلوكيون العميل كيف يغير سلوكه الاجتماعى الظاهر ومن ثم يتبع طرقا جديدة فى التفكير .

والسلوكيون بعكس التحليليين يقومون بدور أكثر نشاطا فى تعليم العميل ، وإذا حدث طرح فإنهم يقللون منه إلا إذا وصل العلاج إلى طريق مسدود .. وهم يركزون على المظاهر الحاضرة ودلالات استجابات الطرح ولا يهتمون بالماضى . والسلوكيون أقل ميلا إلى القاء اللوم على العميل ، ويرون أن المشكلة تحدث حين يكون التقويم غير دقيق وبرنامج العلاج ناقصا . وهم أكثر واقعية فى تحديد أهداف العلاج ويكثرون من استخدام « الواجبات المنزلية » وهم يشاركون الجشتالتيين والإنسانيين فى النظرة الفلسفية وفى النفور من النموذج الطبى واستخدام التصنيفات السيكياترية . وهم يقبلون هدف تحقيق الذات والحرية الشخصية التى يسعى إليها « الإنسانىون » إلا أنهم يحددون وسائل تحقيق هذه الأهداف من خلال التطبيق الإنسانى لتكنولوجيا العلاج السلوكى .

بقيت كلمة أخيرة ، وهى أنه فى الممارسة العملية يصعب تجاهل متغيرات البيئة التى كما سبق القول ، تشكل متغيرا بالغ الأهمية فى العلاج السلوكى . فمن المعقول مثلا افتراض أن نتيجة العلاج النفسى تتأثر بمقدار الاتفاق بين توقعات المريض من العلاج والعملية الحقيقية للعلاج ، وبالتالي فقد تتأثر هذه النتيجة بمدى تقبل العميل للإجراءات التى قد تتبعها بعض المناهج السلوكية من تخيل مناظر أو القيام بممارسات أو الاستسلام لعقاب . وقد يرى العميل أن ذلك لا يتفق مع المعايير الثقافية والخلقية السائدة ومع مفهومه عن العلاج النفسى . ولعل أظهر الأمثلة يكمن فى الممارسات التى قد تتبع أحيانا فى علاج المشكلات الجنسية أو فى التدريب على تأكيد الذات (قبل الوالدين أو الرؤساء مثلا) . وتشير الخبرات المحلية إلى أن قدرا كبيرا من فعالية العلاج السلوكى فى المؤسسات والمستشفيات بخاصة ، يتوقف على مدى تعاون المساعدين والعاملين فى هذه المؤسسات والمستشفيات فى تعبئة كل قوى البيئة لخدمة أهداف العلاج السلوكى ومدى التزامهم بتنفيذ الاستراتيجية العلاجية . ويرتبط ذلك إلى حد كبير بمستوى إعدادهم المهنى فضلا عن مستوى التزامهم الخلقى .

ولا يعنى ما سبق رفض الإجراءات العلاجية السلوكية ، ولكنه يعنى أن هناك حاجة ملحة للقيام ببحوث محلية أمبيريقية ، وإلى تجميع نظامى للخبرات العملية فى ممارسة العلاج السلوكى فى البيئات المحلية واستخلاص النتائج . ولسنا فى حاجة إلى التأكيد بانه من الخطأ الاعتقاد بأن قراءة مخطوط مثل الكتاب الحالى يؤهل وحده القارئ لممارسة العلاج السلوكى . فنحن أحوج ما نكون إلى إنشاء معاهد تخصصية لإعداد المعالج النفسى المسلح بالعلم وبالميثاق الخلقى .

REFERENCES

1. Axelrod, S. Behavior modification for the classroom teacher. New York: McGraw-Hill, 1977.
2. Bandura, A. Behavior theory and the models of man *American Psychologist*, 1974, 29, 859-869.
3. Beck, A.T. Cognitive therapy. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* New York: Williams & Wilkins. 1985.
4. Bernstein, D.A. & Nietzel, M.T Introduction to clinical psychology. New York: McGraw-Hill, 1980.
5. Brady, J.P. Behavior therapy. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* New York: Williams & Wilkins. 1985.
6. Ellis, A. Rational-emotive therapy. In R.Corsini (ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, Ill., Peacock Publ. 1973.
7. Goldstein, A. Behavior therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, Ill., Peacock Pabl. 1973.
8. Hollander, M. & Kazaoka, K. Behavior therapy groups In S, Lang (Ed.) *Six group therapies*. New York: Plenum Press, 1988.
9. Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley, 1970.
10. Korchin, S.I. *Modern clinical psychology*. New York: Harper & Row, 1976.
11. Mahoney, M.J. & Arnhoff, D. Cognitive and self-control therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* New York Wiley, 1978.
12. Meichenbaum, D., & Turk, D. The cognitive-behavioral management of anxiety, anger, and pain. In P. Davids, (Ed.) *Behavioral managment of anxiety, depression and pain*. New York, Brunner/ Mazel, 1976.
13. Mikulas, W.L. *Behavior modification*. New York: Harper & Row, 1978.
14. Mowrer, O.H. Learning theory and behavior therapy In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* New York: McGraw-Hill, 1965.
- 15- Patterson, G.R. Behavior intervention procedures in the classroom and in the home. In H.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *New York: Wiley, 1971*.
16. Samaan, M. The control of nocturnal enuresis by operant conditioning J. *Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 1972, 103-105.

17. ----- . Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations, obsessions, and homicidal-suicidal behavior. *J. Behav Ther. & Exp. Psychiat.* 1975, 65-67.
18. Sundberg, N.D., Taplin, J.R., & Tyler, L.E. Introduction to clinical psychology. New York: Prentice-Hall, 1983.
19. Thoresen, C.E. Behavioral humanism. In C.E. Thoresen (Ed.) Behavior modification in education. Seventy-second Year book of the National Society for the Study of Education Part I. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1973.
20. Wessler, R.L. & Hankin, S. Rational-emoive therapy and related cognitively- oriented psychotherapies. In S.Lang: (Ed.) Six group therapies. New York: Plenum Press, 1988.

4

دار القلم للنشر والتوزيع

شارع السور - عقدة السور - الطابق الأول
القاهرة - مصر
رقم الهاتف: 13082
البريد الإلكتروني: info@alqalam.com



To: www.al-mostafa.com