

الدكتور فيصل محمد خير الزراد

# العلاج النفسي السلوكي

لحالات القلق والتوتر النفسي  
والوسواس القهري  
بطريقة الكف بالنقيض

دار العلم للملايين

# العلاج النفسي السلوكي

حالات القلق والتوتر النفسي

والوسواس القهري

بطريقة الكف بالنقيض

Behavioural Psychotherapy of Anxiety,  
Emotional Stress and Obsessions Compulsive Disorder

By

*Reciprocal Inhibition Method*

تأليف

الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزراد

أستاذ جامعي للأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية

وإستشاري ورئيس قسم علم النفس السريري

في مستشفى الطب النفسي في أبو ظبي

دار العالم للملابين



## دار العلم للملايين

مؤسسة تعاونية للتأليف والترجمة والنشر

شارع مار الياس بناية متكو الطابق الثاني  
هاتف : ٣٠٦٦٦٦ (١ ٩٦١ +) - فاكس : ٧٠١٦٥٧ (١ ٩٦١ +)  
ص.ب. : ١٠٨٥ - ١١ بيروت ٢٠٤٥٨٤٠٢ لبنان  
internet site: www.malayin.com  
e-mail: info@malayin.com

## الإهداء

### إلى أمي الغالية رحمها الله..

أهدي هذا الكتاب حباً وتقديراً واعترافاً بأن ما وصلت إليه من مكانة علمية واجتماعية هو بفضل توجيهها، وجهدها.

عشرون عاماً مضى على رحيلها وأنا ما زلت أراها وأسمع حديثها وأنصت لكلماتها، وأستأنس بحبها وعطفها وحنانها، أراها في مؤلفاتي، في دفاتي، في محاضراتي، وفي كل خطوة في حياتي. أراها في طباع زوجتي وأولادي، في منزلي، في مطبخي، في كل تصرفاتي... في بيتنا القديم بدمشق، في كل فنجان قهوة مثل الذي كانت تُعدّه لي. لقد استطاعت بفضل حدسها، وصفاء فكرها، وكفاحها المتواصل أن تتعلمني ما لم أتعلمه من الكتب والمدارس والجامعات، الإيمان بالله، والثقة بالنفس، والصبر في مواجهة الصعاب، وقول الحق، وقهر الظلم، والتواضع، وطلب العلم ثم العلم ثم العلم، وحتى بات فضلها عظيماً لا يُقدّر بثمن، ومن كرم الله عزّ وجلّ استطعت أن أرمز لفضلها العظيم بكتابي هذا الذي هو ثمرة غرسها، وصحائف تشعّ من فكري وقلبي إليها.  
رحمها الله وأسكنها فسيح جنّاته.

## الطبعة الأولى

كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥

جميع الحقوق محفوظة: لا يجوز نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب في أي شكل من الأشكال أو بأية وسيلة من الوسائل سواء التصويرية أم الإلكترونية أم الميكانيكية، بما في ذلك النسخ الفوتوغرافي والتسجيل على أشرطة أو سواها وحفظ المعلومات واسترجاعها دون إذن خطي من الناشر.

طبع في لبنان

﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ  
حَتَّىٰ يَغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ﴾

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## المقدمة

## Introduction



من أبرز مظاهر الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية والطب النفسية في وطننا العربي تخلفها عن الإفادة من التطورات العلمية والدراسات المتقدمة لا في مجال علم النفس والطب النفسي، والتربية، والاجتماع... فحسب، وإنما في مجال العلوم الأخرى. ويظهر هذا التخلف بوضوح إذا تفحصنا تاريخ الدراسات والبحوث العلمية ومستواها التي تجرى في الجامعات ومراكز الدراسات والبحوث في العالم العربي. وكذلك إذا تفحصنا الهدف من هذه الدراسات وما حقته في الواقع، فإننا نجد أنها كانت وما زالت عاجزة عن تلبية الحاجات الأساسية ومطالب التنمية اللازمة، وخاصة في مثل هذه الظروف العصيبة والتحديات التي تمر بها أمتنا العربية والإسلامية. ومن الطبيعي أن هذا العجز أو التخلف لا يعالج بمجرد زيادة موازنة الدراسات والبحوث العلمية، بل بمدى إفادتنا كأساتذة، وباحثين، ومربين، واختصاصيين من الإمكانيات الفكرية والمادية المتوفرة والمحدودة في منطقتنا. ومن المؤسف أن هناك عقبات كثيرة تقف عقبة في وجه أي بحث أو نشاط علمي. هذا، عدا متطلبات الجهد والوقت والتكلفة المادية، وذلك إذا أردنا المقارنة أو الاطلاع على ما يجري في العالم من نشاط علمي أو دراسات في مجال الاختصاص وهذا غير متوفر عندنا، وخاصة في مجال العلوم الإنسانية والطب النفسي حيث أصبحت في العالم المتقدم عنصراً هاماً للإنسان في جميع مجالات حياته الصحية، والأسرية، والاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية، والتربوية، والإعلامية... إلخ. وأصبح العالم في وقتنا الحاضر يعتمد اعتماداً شبيه

جائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية العربية 2003

PRIX ZAYOUR DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ARABE - 2003

أسند المركز العربي للدراسات النفسية جائزة مصطفى زيور

للعلوم النفسية العربية لسنة 2003 إلى:

الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزرارة

PROFESSOR DOCTOR FAYSAI MD. KHAIR ELZARRAD

تقديراً لسيرته العلمية المتميزة واعترافاً لما قدمه من أبحاث ومؤلفات وترجمات أصابت في

تطوير العلوم النفسية في الوطن العربي.

وبهذه المناسبة يسعد أسرة شبكة العلوم النفسية العربية أن تتقدم إلى الأستاذ فيصل الزرارة بأصدق التهاني متمنين

له مزيد من التألق والعطاء العلمي أملين أن يحظى وأمثاله من العلماء العرب المكانة التي هم جديرين بها

د. جمال التركي  
شبكة العلوم النفسية

## ارتباطات لمزيد الإطلاع:

- جائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية العربية <http://www.arabpsynet.com/Index.doc/ZayourPrize.htm>

- السيرة العلمية للأستاذ الدكتور فيصل الزرارة <http://www.arabpsynet.com/cv-psychologists/Zarrad-cv.htm>

- Zayour Prize of Arab Psychological Sciences: 2003 year

<http://www.arabpsynet.com/Index.doc/ZayourPrize.htm>

- Professor El ZARRAD Md. Kh. Faisal CV (English text)

<http://www.arabpsynet.com/cv.psychologists.Zarrad-cv.eng.htm>



كَلَّيَ على ما توصلت إليه العلوم الإنسانية والدراسات النفسية في تطور أفرادها ومجتمعاته، في وقت تخلّفت المجتمعات العربية عن ذلك. وكلمة حق تقال إن للباحث والمثقف وأستاذ الجامعة في وطننا العربي والإسلامي كان وما زال يعاني الكثير من البؤس المادّي والمعنوي، ومن حالة إحباط وقهر كسرت. فأى عدا علمي صادق فلما يلقي التشجيع والدعم أو المساعدة من المسؤولين، بينما أي عمل مثير للغرائز، أو خارج عن العرف أو القانون أو الآداب قد يلقي الدعم والتشجيع والدخل المادي الكبير، والأمثلة على ذلك كثيرة.

ولعلّ في هذا الكتاب المتواضع إشارة إلى ما وصلت إليه الدراسات الإنسانية في العالم المتقدّم من تطور واهتمام بالغين، بعد أن سمعنا عن علم نفس الفضاء وطب نفس الفضاء أو علم نفس العولمة، والباراسيكولوجي، وعلم النفس لطبي، والطب النفسي السلوكي، والبرمجة اللغوية العصبية (NLP)، وعلم نفس لسلام وغير ذلك. لقد تطوّرت الدراسات والعلوم النفسية والتربوية والطب نفسية بشكل واضح في الآونة الأخيرة، وكان من أهداف هذه التطورات إدخال علم لنفس إلى حظيرة العلوم التجريبية المضبوطة. ومما لا شك فيه أن تطور اتجاه لقياس النفسي (Psychometric)، ونظريات علم النفس وخاصة نظريات التعلّم (Learning Theories)، وتطبيقاتها في مجال المرض النفسي والاضطرابات سلوكية قد ساعد على ذلك، كما ساعد في مجال معالجة العديد من المشكلات تربوية والشخصية، والاضطرابات السلوكية، والأمراض النفسية. وبالرغم من أن ثير ذلك (أي هذا التطور) في مجالي علم النفس السريري، والطب النفسي بقيا محدودين حتى ستينات القرن الفائت تقريباً، إلّا أن هذه التطورات ساهمت فيما بد في مجال تشخيص المشاكل النفسية (العصائية) وعلاجها، والمشاكل العقلية، لسلوكية، وكذلك في مجال الاضطرابات البسيكوسوماتية (Psychosomatic) (أي اضطرابات النفسية - جسدية) وكان ذلك (وكما سنرى فيما بعد) على نحو مغاير باماً لما هو معروف وسائد من اتجاهات وطرق نفسية أو أساليب علاجية مثل جاه التحليل النفسي (Psychoanalysis).

اضطرابات النوم...)، وانتهوا من هذه الدراسات والتجارب إلى تفسيرات، وإلى وضع نظريات مفادها أن السرّ في فهم الأعراض العصائية (Neurotic Symptoms) يكمن في الكشف عن معناها، ورموزها، وهم بذلك لا يستندون إلى قوانين علمية التحويل - تحليل الحلم - تحليل التدايعات...). فليس المطلوب مثلاً من جماعة التحليل النفسي تفسير التفاعل بين الفرد والبيئة، وإنما المطلوب فهم هذا التفاعل، وكيف تمّ. وفي أي مرحلة من مراحل النمو، وتحت أيّ ظروف... ومن المعلوم لدينا أن عمليات التحليل النفسي بشكل عام تتطلّب وقتاً طويلاً، وخبرة، وممارسة، كما تتطلّب إمكانات مادية كبيرة ولا يخفى أنّ لاتجاه التحليل النفسي مآخذه النظرية والعملية، وهذا ما أدّى إلى نشوء بعض المشكلات المتعلقة بهذا الاتجاه (أي اتجاه التحليل النفسي)، وخاصّةً في فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى حيث ازدادت الإصابات النفسية والاضطرابات السلوكية ولم يعد اتجاه التحليل النفسي كافياً في مواجهة هذه الحالات. وقد حاول أصحاب العلاج النفسي الجماعي (Group Psychotherapy) أن يحلّوا بعض هذه المشكلات وأن يكونوا الاستجابة على التحليل النفسي وهؤلاء أمثال: (Bion, R.) (١٩٦١) (Ezreil, A.) (١٩٧٠) (Irvin D. Yalom) (١٩٨٥)، وغيرهم. إلّا أن نتائج البحوث والدراسات بيّنت أن العلاج النفسي الجماعي مفيد ولكنه غير كافٍ، وهذا ما دفع بالاتجاهات النفسية الأخرى إلى أن تظهر وأن تشارك في وضع الحلول لهذه المشكلات، وهذا ما فعله أصحاب الاتجاه السلوكي والنظرية السلوكية (Behaviour Theory) الذين استطاعوا أن يستفيدوا من نظريات الإشراف في التعلّم (Conditioning Theory)، وأن يعدّلوا في هذه النظريات، إلى أن توصلوا إلى أساس جديد لاتجاه حديث في العلاج النفسي سُمّي العلاج الإشرافي (Conditioning Therapy) (آيزنك) (١٩٦٠)، أو العلاج السلوكي (Behaviour Therapy). وهذا الاتجاه في العلاج، بالرغم من حداثة، فإنه يتصف بالدقّة والموضوعية، وباستخدام الأسس التجريبية القائمة على مبادئ التعلّم بهدف إزالة الاستجابات اللاتكيفية أو إضعافها... ويعتمد هذا الاتجاه على أسس علمية فسيولوجية وعصية... كما أنّه أكثر فائدة وأكثر فاعلية في علاج الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية من اتجاه التحليل

كلنا يعلم أن أصحاب نظرية التحليل النفسي (التقليدي) انطلقوا من التجارب المرضية ومن العلاج وتشخيص الحالات (الهستيريا - المخاوف المرضية -

النفسي (التقليدي). لقد قام أصحاب هذا الاتجاه الجديد في العلاج النفسي بتطبيق نظريات الإشراف في التعلم في مجال العلاج، وكان من حصيلة ذلك أن قدّموا لنا تفسيراً بديلاً لتفسير التحليل النفسي في نشأة الأمراض العصبية والانحرافات الإنسانية من أجل تخفيض درجة قلقه وتوتراته أو مخاوفه، وبالتالي فإن ذلك يؤدي إلى نوع من الارتباطات تمت بصورة مَرَضِيَّة، فلو استطاع المعالج إطفاء (Extinction) هذه المنعكسات المرضية الشرطية - أي الأعراض المرضية المكتسبة - والعمل على بناء منعكسات شرطية جديدة وسوية (Normal) عوضاً عنها، لأدّى ذلك إلى تخلص المريض من اضطرابه. والواقع أن الأعمال التي استمدت من دراسات سكينر (Skinner) في جامعة هارفارد حول تطبيقات الإشراف الإجرائي (Operational Conditioning) على المرضى النفسيين والمنحرفين سلوكياً، وكذلك دراسات ماورر وماورر (Mowrer and Mowrer) حول الإشراف الكلاسيكي الاستجابي<sup>(١)</sup> في علاج حالات التبول اللاإرادي (The Enuresis) (١٩٣٨)، وكذلك أعمال العالم البريطاني هانز آيزنك (H. Eysenck) وشاببيرو في معهد الطب النفسي في جامعة لندن (١٩٦٠)، بالإضافة إلى ما نشره سالتر (Salter) في كتابه حول العلاج بالمنعكس الشرطي (Condition Reflex Therapy) (١٩٤٩)، وأعمال ماير (Mayer) وراشمان (Rachman) ولازاروس (Lazarous) (١٩٥٥)، وأعمال أخرى في هذا المجال أثبتت فائدة هذا الأسلوب في العلاج النفسي وخاصة في علاج حالات القلق، والمخاوف، والأعصاب... وكذلك فائدة هذا الأسلوب في علاج الانحرافات الجنسية (Sexual Abnormalities) وحالات الإدمان (Addiction). كما أن ما قام به العالم يتس (Yates) ووالتون (Walton)

(١) الإشراف الكلاسيكي الاستجابي أو السلوك الاستجابي (Respondent. B.) هو السلوك الذي تضبطه المثيرات السابقة، فمجرد حدوث المثير يحدث السلوك، ولذلك يقال إن المثير يسنجر السلوك الاستجابي، مثلاً: الضوء يؤدي إلى تقلص عضلات القرنية وبالتالي صغر حدقة العين، وتسمى القوانين التي تصف العلاقة بين السلوك الاستجابي والمثيرات البيئية بقوانين الإشراف الكلاسيكي لدى بافلوف، ويسمى المثير الذي يؤدي بضياعته إلى السلوك الاستجابي بالمثير غير الشرطي أو الطبيعي، والمثير الذي لا يؤدي إلى السلوك الاستجابي المثير الحيادي (Neutral)، ويمكن الرجوع إلى دراسات بافلوف لتوضيح ذلك.

أثبت فائدة هذا الاتجاه العلاجي السلوكي في علاج الأفعال القهرية (Compulsions acts)، والوساوس (Obsessions) واللازمات العصبية (Tics)..... والواقع أن المستعرض لتاريخ العلاج السلوكي وتعديل السلوك يجد أن الجهود التي بذلت في هذا المجال منذ بداية القرن العشرين في العلاج السلوكي، حيث استخدم وليي أساليب العالم الروسي (إيفان بافلوف) حول الإشراف الكلاسيكي، وكذلك أساليب عالم السلوك الأميركي (جون واطسون) الذي عمل على إحداث الأعصاب التجريبية وإزالتها لدى الحيوان والإنسان. إن هذه الجهود قد لعبت دوراً أساسياً وبارزاً في وضع أسس العلاج النفسي السلوكي.

ومن هذه الأسس أو الأساليب أسلوب التحصين المنظم (أو التخلّص التدريجي من الحساسية) (Systematic Desensitization) والكف بالنقيض (Reciprocal Inhibition).... والواقع أن لندزلي وسكينر هما أول من أشارا إلى مصطلح العلاج السلوكي أثناء محاولاتهم تعديل السلوك الذهاني (١٩٥٠)، ثم جاء بعد ذلك لازاروس، ثم آيزنك، ثم جوزف وليي إلى أن شاع استخدام هذا المفهوم فيما بعد بفضل دراسات جوزف وليي.

وبالرغم من أن العلاج السلوكي ما زال في مرحلة تطوره، إلا أنه لم يقل أهمية عن الاتجاهات العلاجية الأخرى، وخاصة اتجاه التحليل النفسي. وبالرغم من أهمية هذا الاتجاه السلوكي فإنه لم يخل من بعض المشكلات النظرية والعملية، ومن النقد الذي أثاره معارضو هذا الاتجاه من جماعة التحليل النفسي وغيرهم، مما أدّى إلى بعض الصراعات الفكرية المتعلقة باتجاه العلاج السلوكي، وقد تمّ التوصل إلى حلّ بعضها، وما زال البعض الآخر قائماً إلى الآن. من بين هذه المشكلات التي أثّرت ضد اتجاه العلاج السلوكي على سبيل المثال أنه هو اتجاه غير إنساني (Antihumanistic)، وذلك لأن المعالج في العلاج السلوكي (التقليدي) يعتمد على علاج الأعراض فقط (The Symptoms) دون علاج الأسباب الحقيقية، أو العميقة، أو جذور المشكلة (The Root)، وأن إزالة الأعراض الظاهرية يبقي على العوامل الرئيسية (المكبوتة)، كما يبقي على الصراعات الداخلية، وهذا ما يؤدي إلى إضعاف فاعلية هذا الاتجاه السلوكي في

فإن المتتبع للدراسات حول أساليب العلاج النفسي يجد أن العديد من المعالجين المحدثين توجهوا نحو أسلوب إعادة تشكيل مدركات الفرد (Reforming perceptions) وذلك لصوغ مدركات جديدة وسلوك سوي جديد (على غرار ما فعله فردريك بيرلز في العلاج الجشثالي (Gestalt therapy)).

ربما سسررت مند السموررت إلى سارب السجه السعرج السلوكي من الاتجاه التحليلي والمعرفي في العلاج، وبالتالي ظهور اتجاه حديث في العلاج السلوكي يُعرف بالاتجاه السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioural Therapy)، وكان ذلك على يد كل من هومز (H. Hommes) وكوتيللا (E. Gautela) ودافيد بارلو (D. Parlou) ولاري مكلسون (L. Michelson) وغيرهم، كما أطلق على هذا الاتجاه الجديد في العلاج السلوكي اسم العلاج السلوكي متعدد الأوجه (Multiphasic Behavioural Therapy) وطُبّق هذا الاتجاه الحديث في مجال الإرشاد السلوكي، والطب النفسي، والأمراض السيكوسوماتية (النفسية - الجسمية) وإعادة التأهيل... يضاف إلى ذلك أنه في سبعينات القرن العشرين حاول بعض علماء النفس والأطباء ابتداء اشتقاقات جديدة من العلاج السلوكي (كبدل من العلاج الدوائي والعلاج بالتحليل النفسي) باستخدام ما يسمّى التغذية الراجعة الحيوية أو ما يسمى بالعلاج النفسي الفسيولوجي. وفي عام ١٩٧٧ تقريباً ظهر فرع الطب السلوكي (Behavioural Medicine) على يد (بوميرلو) (Pomerleau) وبرادي (Brady) وهو الاستخدام السريري للتقنيات المشتقة من التحليل التجريبي للسلوك، واعتماد طريقة التنظيم الذاتي (Self Regulation).

وفي هذا الكتاب نرجع مرة أخرى إلى البدايات حيث ظهر اتجاه العلاج السلوكي منذ فترة لا تتجاوز الثلاثين عاماً، وحيث ابتدعت تقنيات وأسس هذا الاتجاه بعد نشر الدكتور جوزف ولبي لكتابه تحت عنوان (العلاج النفسي بواسطة الكف بالتقيض) عام ١٩٥٨ (Psychotherapy by Reciprocal<sup>(\*)</sup> inhibition) حيث

(\*) ترجمت عبارة (Reciprocal inhibition) بالكف بالتقيض عوضاً عن الكف المتبادل، أو الأثبات المتبادل كما يترجمها البعض، وذلك لأن المعالج عند تطبيق هذه الطريقة هو في الواقع لا يبدل استجابة بأخرى فقط وإنما شترط بالاستجابة البديلة أن تكون نقيض الاستجابة الأولى التي =

علاج، كما يؤدي إلى انتكاسات (Relapsas) فيما بعد. يضاف إلى ذلك أن علاج السلوكي يهمل دوافع الفرد الداخلية، وأفكاره، ومدركاته، ومشاعره، خبراته السابقة... حتى أن بعض السلوكيين أمثال سكرن يعتبر الجزء الداخلي لدى إنسان هو جزء ضئيل الأهمية، ويستدل على هذا الجزء من الألفاظ فقط.

والواقع أن معظم الدراسات والتجارب حول العلاج السلوكي لم تثبت تماماً ما تدّعت عنه جماعة التحليل النفسي، إلا أن بعض الباحثين السلوكيين أمثال دافيد لولو، ولاري مكلسون، وغيرهم سألوا فيما إذا كانت هناك علاقة بين ما يجرى داخل الإنسان وخارجه، أي بين الأعراض الخارجية والعوامل الداخلية، كما سأل بعض الآخر عن تفسير ما يسمّى بالشفاء التلقائي (Spontaneous Recovery)، ولم يمكن العديد من الباحثين نكران أهمية الدوافع الداخلية ومعتقدات الفرد، ومدركاته وخبراته... وهذا ما أدّى إلى بزوغ توجّهات جديدة في العلاج النفسي السلوكي، والجانب المعرفي في العلاج، وخاصة بعد أن تبين أن منهج جوزف ولبي في العلاج السلوكي وفي الكف بالتقيض يعتمد على تحليل المواقف التي يرب الخوف والقلق لدى المريض وهذه عملية معرفية وليست سلوكية خارجية بحتة، يضاف إلى ذلك أن بعض الباحثين في مجال العلاج السلوكي أمثال بندورا، بيتش، ومورر، ولازاروس وغيرهم اعترضوا على صياغات جوزف ولبي اعترفوا بأنهم في العلاج السلوكي يتعاملون مع عمليات نفسية ومعرفية داخلية، ليس مع عمليات سلوكية آلية بحتة، ومن الطبيعي أن المحاولات السابقة للعلاج السلوكي مثل محاولات (دولارد وميللر)، وتأثيرات التحليل النفسي في مجال علم النفس الإكلينيكي، وظهور نظرية العالم الأميركي (كارل روجرز) في العلاج المتمركز على العميل، وأعمال جان بياجيه في علم النفس الارتقائي، والكشوف حديثة في مجال علم النفس العصبي، وكذلك ظهور أسلوب التغذية الراجعة حيوية (Biofeedback) (وهو أسلوب بالرغم من اعتماده على أجهزة كهربائية بيولوجية إلا أنه يؤكّد على إمكانية تحقيق ضبط إرادي يتفق مع هدف المريض نكارة ومدركاته...)، كل ذلك أسهم بشكل مباشر، أو بشكل غير مباشر في نموّ اتجاهات العلاجية التي تهتم بالجانب المعرفي لدى الإنسان، وافترض أن هناك علاقة عقلية ومدركات تنظم الخبرة والسلوك وتؤثر في عملية العلاج النفسي، لذلك

شرح ولبي في كتابه هذا أهم طرائق العلاج السلوكية، وهي طريقة الكف بالنقيض، وهي تمثل أهم التطبيقات العملية المنظمة والهادفة لنظريات الإشراف في التعلم والنظرية السلوكية... وطريقة الكف بالنقيض طريقة هامة لكل من يريد به العلاج السلوكي وتطبيقاته العملية إلا أنها طريقة معقدة بعض الشيء، ولا يخفى على من درسها من علماء النفس أن أسلوبها ليس بسيطاً بل هو أسلوب معقد. ولعل من أهم كتب العلاج السلوكي والكف بالنقيض على كتابات جوزف ولبي، وعلى ما كتبه كل من هوج إربان (H. B. Urban) ودونالد فورد (D. H. Ford) عام (١٩٨٦) في كتابهما تحت عنوان (العلاج النفسي بالكف بالنقيض لجوزف ولبي) وهما من معتدلين في اتجاهاتهما العلمية نحو أساليب العلاج النفسي، ومن المهتمين بعلاج السلوكي وتطبيقاته السريرية، ويمثل هذا الكتاب جانباً هاماً من رسالة ماجستير التي أعدها المؤلف في جامعة عين شمس تحت إشراف المحلل النفسي الدكتور صلاح مخيمر وعلماء نظريات الإشراف في التعلم، الدكتورين حمد ذكي صالح، وفؤاد البهي السيد رحمهما الله، وذلك في إطار التخصص دقيق (علم النفس السريري)، ولهذا فإن الكتاب مفيد لطلبة علم النفس وعلم نفس العيادي، والطب النفسي والتربية، ولكل قارئ يريد معرفة شيء عن لوائح أساليب العلاج النفسي الحديثة وخاصة العلاج السلوكي وما طرأ على هذه الأساليب من تغيرات حديثة هامة ومفيدة.

أخيراً ندعو الله تعالى أن يوفقنا جميعاً في تقديم المزيد ولما فيه خير العلم لمتعلمين وخير الأمة العربية والمسلمين، ونرجو من القارئ الكريم ألا يرضى ملاحظاته، فالعصمة لله وحده والمرء قليل بنفسه كثير بأخيه، والله ولي التوفيق.

#### فيصل الزراد

تمثل العرض المرضي، أو السلوك المنحرف، لذلك فإن كلمة نقيض تفي بالغرض من حيث واقع عملية العلاج بالرغم من بعدها عن الترجمة الحرفية.

#### ❖ معلومات بيوغرافية حول مؤسس العلاج النفسي السلوكي جوزف ولبي

— الأصول النظرية التاريخية لطريقة جوزف ولبي في العلاج النفسي السلوكي

— تجارب جوزف ولبي حول سلوك القطط (العصاب التجريبي)

## معلومات بيوغرافية



(Biographical Information)

### حول مؤسس العلاج النفسي

### السلوكي جوزف ولبي

وُلد جوزف ولبي (J. Wolpe) في ٢٠ أبريل من عام ١٩١٥، وأمضى معظم طفولته في اتحاد جنوب أفريقيا (Union of South Africa)، حيث هاجر والده عندما كان طفلاً في مطلع القرن العشرين، وكانت العائلة تدين باليهودية، و جدته لأمه قد حاولت جهودها وبصعوبة جعل جوزف ولبي يهودياً ورث (A Pious Jew)، وهذا ما دفعه إلى قراءة العديد من الكتب لكتاب يهود، و بهذه القراءات التي قادتته إلى العديد من المناقشات حول فكرة الإله. و كان في عمر العشرين قام بدراسة مفصلة لأفكار الفيلسوف الفرنسي عميل كانط، وخاصة أفكاره التي شرحها في كتابه «نقد العقل المحض» (The Critique of Pure Reason)، كما قرأ للفيلسوف دافيد هيوم، وللعديد من الفلاسفة برتراند راسل وموليير... وتدرجياً حلت أفكاره الفلسفية حول وحدانية الجسم والقول إن هناك مبدأً غائياً واحداً في الطبيعة يجمع بين العقل والبدن. وبعد شكّ مبديتي تبني جوزف ولبي وجهة نظر عالم التحليل النفسي سيغ فرويد حول السلوك الإنساني، لاعتقاده أنّ فرويد يميل إلى الطبيعة البدنية وبشكل قوي مثله تماماً. وبدأت الشكوك تتسرب تدريجياً إلى جوزف ولبي وخاصة في العام ١٩٤٤ بعدما قرأ كتابات كل من بارتليت (Barlett) وميلونوفسكي (Malinowski) وفالنتاين (Valentine). هذه الكتابات التي كانت له أن بعض أفكار فرويد لا تتفق مع بعض الحقائق. وكان الاكتشاف الحير لجوزف ولبي أن العلماء الروس لم يقبلوا هذه الأفكار، وهذا ما قاده عام ١٩

عنوان جوزف ولبي:

TEMPLE UNIVERSITY

OF THE COMMONWEALTH SYSTEM OF HIGHER EDUCATION

SCHOOL OF MEDICINE

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

BEHAVIOUR THERAPY SECTION, c/o Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute,  
Henry Avenue, Philadelphia, Pa. 19129 - Tel. 215-438-9548

Director

Joseph Wolpe, M. D.

Associate Director

Paul Latimer, M. D., Ph.D.

لقد تأثر جوزف ولبي بالعالم الروسي إيفان بافلوف، وبدراسات كلارك هل، وكذلك بالدراسات التي أجريت حول العصاب التجريبي على الحيوان، والإنسان، ودفعه ذلك إلى إجراء بعض التجارب على القطط حيث كان يحدث لديها ردود أفعال عصابية بواسطة الطعام الذي يقدم إلى القطط الجائعة، وبكميات صغيرة تزداد تدريجياً أثناء الصدمة المحدثة للقلق وبذلك يحدث ما يسمى بالكف الشرطي، ولقد أدى نجاح هذه التجارب إلى الاعتقاد بأن القلق يمكن التعامل معه عن طريق الكف المعاكس كما في تجارب واظسون (J. Watson) وماري كوفر جونز (M. Jones). لم يفعل جوزف ولبي ما فعلته جونز ولكنه استخدم الاستجابات التي تكف الفلق وحالات التوتر الانفعالي. إن طريقة جوزف ولبي شكّلت انعطافاً كبيراً عن التيار الرئيسي لتقنيات العلاج النفسي السائدة وقتها والمشار إليها في مجلدات الطب النفسي، وأدت هذه الطريقة إلى نشوء بعض التحديات لبعض الافتراضات الأساسية والسائدة في العلاج النفسي التقليدي. وابتدع ولبي طرقاً عدة تدريبية وعلاجية مختلفة يعتقد أنها ذات قيمة في تعديل الأنماط المختلفة لاضطرابات السلوك. والواقع أن جوزف ولبي ليس هو الممارس الوحيد في هذا المجال، أو هو صاحب النظرية التي أدت إلى هذه الصياغة الفكرية حول علاج السلوك المضطرب، فقد كان هناك من سبقه بهذا الشأن أمثال بافلوف، وواظسون، وجونز وغيرهم. إلا أن هؤلاء الذين سبقوا ولبي لم يكونوا من المهتمين بالعلاج النفسي، كما أن محاولاتهم بهذا الشأن كانت محدودة وغير منظمة، ولم تلق التأييد العلمي اللازم.

دراسة المنعكسات الشرطية لدى إيفان بافلوف (Pavlov's Conditioned Reflex) والتي بدأها بافلوف عام ١٩٢٧. وتأثر جوزف ولبي بتجارب بافلوف، لم يتأثر كثيراً بالبناء النظري لديه. وفي عام ١٩٤٥ عندما كان في إجازة في مدينة كاب تور (Cap Tower) عرفه أحد أصدقائه بمبادئ العالم كي كلاك ها حول السلك، وتتم حذاف ولم الاطء النظاء الآاء ك هل، إلا انه شعر بان العديد من المسنداء التي وضعها هل (Postu) تميل إلى أن تكون غير صحيحة.

صل جوزف ولبي على شهادة الليسانس عام ١٩٣٩ وعلى درجة تورا في الطب عام ١٩٤٨ من جامعة ويت وترستراند (Wit Waterst) في جوهانسبرغ (Johanesburg) في جنوب أفريقيا، كما أنه محاضراً في قسم الطب النفسي في الجامعة نفسها بين عامي ١٩٤٩ - ١٩٥٦ عامي ١٩٥٦ - ١٩٥٧ حيث عمل في مركز الدراسات المتقدمة لعلوم السلوكية في جامعة ستانفورد. وخلال الأعوام ١٩٦٠ - ١٩٦٥ أستاذاً للبحث الإكلينيكي في مجال الطب النفسي في كلية الطب في جامعة فرجينيا (Virginia University) في أميركا، وفي عام ١٩٦٥ أصبح للطب النفسي بقسم العلوم السلوكية في كلية الطب في جامعة تمبل سلفانيا، ومن تلامذته المشهورين ليونارد أولمان (Leonard Ullman) لارد كرازر (L. Krasnar). أعد جوزف ولبي أطروحته في الطب وكان عنها العلاقة بين الاستجابات الشرطية (Conditional Responses) والتبول دي (Enuresis). وفي السنوات العشر التالية لعام ١٩٤٨ نشر ولبي من المقالات تتعلّق بالتعلّم والتبول اللاإرادي، ونجّلت قمّة كتاباته في العلاج النفسي بواسطة الكف بالنقيض ١٩٥٨. وعندما كان يعمل في الدراسات المتقدمة في العلوم السلوكية عمل على تطوير الدراسات في العلوم السلوكية، والجزء التالي في هذا الكتاب يمثل الركيزة الأساسية التي وردت في كتاب جوزف ولبي عن طريقة الكف بالنقيض، كما أن الأعمال المنظمة والكاملة في هذا المجال والمستمرّة حتى الآن لة تلامذته داخل الجامعات الأميركية.

## الأصول النظرية التاريخية لطريقة جوزف ولبي في العلاج النفسي السلوكي:

إن طريقة جوزف ولبي في الكف بالنقيض، وكواحدة من طرق العلاج بلوحي لها أسسها الفلسفية المادية، والسيكولوجية، والبيولوجية، والنفسية السلوكية، والاجتماعية، وهذه الأسس أو الأصول لعبت دوراً هاماً في بناء هذه الطريقة على نمية نظرية وعملية. لقد ظهر وبوضوح خلال العقد الأخير من القرن الفائت، سبب الاعتقاد المتزايد لدى العديد من المعالجين النفسيين، أنّ الطرق النفسية العلاجية السائدة هي طرق محدودة بالرغم من قيمتها الكبيرة، وقد قام العديد من المعالجين النفسيين بمناقشة محدودية هذه الطرق العلاجية السائدة في وقتها تناولوا التعليق عليها وتطويرها، والوصول من خلال ذلك إلى طرق علاجية تتلغى من حيث التفكير حول السلوك المضطرب وتفسير هذا السلوك. ومع ذلك - استخدم هؤلاء بعض الأسس العلاجية السائدة إلا أنهم اختلفوا في مضمون الطرق العلاجية، وهم يرون ضرورة مناقشة هذه الاختلافات، وتحديد كيف - أين يكون ذلك؟ إن المتتبع لاقتراحات هؤلاء المعالجين النفسيين يجد أنهم راحون الاستخدام الشامل لأكثر من طريقة في العلاج، ويؤيد جوزف ولبي، سالتر (Salter) (١٩٥٠)، وآيزنك (Eysenck) (١٩٥٧) ذلك، أي أنهم يرون خدام تقنيات علاجية أخرى غير التي تعتمد على المحادثة والكلام مع العميل في تقنيات التحليل النفسي وعمليات التداعي والتحويل وغير ذلك.

لقد تأثرت طريقة جوزف ولبي (كما أشرنا في السابق) بأعمال عالم سيولوجيا الروسي سيشنوف ومن بعده بافلوف (١٨٤٩ - ١٩٣٦) الذي أشار في بحثه حول الارتكاسات الشرطية والطب النفسي إلى بعض تجاربه الكلاسيكية - تدريب الكلاب على إفراز اللعاب عند سماع صوت الجرس (منبه شرطي يثير إلى استجابة شرطية)، وقد توصل بافلوف إلى ذلك بعد تكرار عملية قرن بين الجرس بالطعام مرّات عدّة، وحتى أصبح لصوت الجرس معنى لدى الكلب هو أنّ الطعام قادم عندما يسمع صوته، وقد كان اهتمام بافلوف بالتوصل لإجراءات تجريبية في فيسيولوجيا الجهاز العصبي تصلح لتفسير أو لفهم ظواهر العصابية (النفسية) أو السلوكية، وقد وجد بافلوف أنّ تكوين الأفعال

المنعكسة تتأثر بعوامل البيئة (Environment)، بالإضافة إلى عامل الاستعداد البيولوجي للكائن الحي (Predisposition)، وتوصل بافلوف إلى مبدأ استثارة القشرة المخية (The Cortex) ومبدأ الكف أو تثبيط (Inhibition) نشاط هذه القشرة، كما توصل إلى مبدأ التعزيز (Reinforcement) الذي يترتب عن سلوكيات معينة. وقد وجد أنّ في الإمكان إيجاد ما يسمّى العصاب التجريبي (Experimental Nuresis) لدى كلاب التجارب وذلك من طريق إيجاد صراع بين عمليتي الإثارة (Stimulation)، والكف في الدماغ. وكان بافلوف قد لاحظ بأن تأخير تقديم الطعام، أو المعزز (Reinforcement) إلى الحيوان بعد سماعه صوت المنبه يؤدي إلى سوء التوافق والاضطراب في سلوك الحيوان. كما لاحظ أنّ سوء التوافق هذا يحدث عندما يتعرّض الحيوان إلى صعوبات في التمييز الشرطي بين الشكل المرئي الذي يقترن بالطعام، والشكل المرئي الذي يقترن (أو يؤدي) إلى الصدمة الكهربائية. لقد توصل بافلوف إلى مبدئي التعميم (Generalization) والتمييز (Discrimination). فقد قام بافلوف بتدريب الكلاب على التمييز بين الأشكال المختلفة، حيث كان يضع أمام الكلب دائرة ويقدم إليه الطعام مباشرة، ولاحظ بافلوف أنّ الكلب يسيل لعابه لمجرد رؤيته الدائرة، بعد ذلك استخدم بافلوف أشكالاً مختلفة تشبه الدائرة أو غير الدائرة وتوصل إلى عملية التعميم، وكان الحيوان يستجيب بسيلان اللعاب عند رؤيته الدائرة المقترنة بتقديم الطعام، كما كان الحيوان يمتنع عن ذلك عند ظهور أشكال أخرى غير الدائرة، وتوصل بافلوف من ذلك إلى عملية التمييز، وفي بعض تجارب بافلوف لم يتمكن الحيوان من التمييز بين الشكل الذي يقترن بالطعام (الشكل الإهليجي) والشكل الذي يقترن بالصدمة الكهربائية (الدائرة) مما أدى بالحيوان إلى حالة عصابية صعبة. من ناحية أخرى وجد بافلوف أنّ الحيوانات لم تعط استجابة متشابهة واحدة مما أكد على أهمية الطابع التكويني للجهاز العصبي لدى الكائن الحي، وتوصل بافلوف إلى مفهوم انطفاء (Extinction) الاستجابة، وهو الزوال التدريجي لاستجابة الحيوان بسبب عدم وجود أو تأخر تقديم المعزز، ويمكن أن يستعيد الحيوان استجابته إذا قدم الطعام إليه (Spontaneous Recovery). وقد وجد بافلوف أنّ لعملية الانطفاء هذه وظيفة إلزام الفرد على إجراء استجابات جديدة حتى يتحقّق

الهدف واختزال التوترات. كما وجد أن العادات السلوكية القوية تقاوم الانطفاء أكثر من العادات الضعيفة التي تزول أو تمحى بسرعة. كما توصل بافلوف إلى مفهوم الكف الشرطي. فالطفل الذي يخاف من الوقوع في الماء يخاف من جميع أماكن المياه. ولمحة استجابة الخوف بطا... الأ... Conditioning) حيث تعاد التجربة نفسها بموضوع الخوف مقترنة بشيء يحدث راحة وسروراً للفرد، وهذا ما يضعف من استجابة الخوف، ويسمى جوزف ولبي هذه العملية الكف بالتقيض أو الإشراف المضاد.

وتأثرت طريقة جوزف ولبي أيضاً بأعمال جون واطسون ١٩١٢ الذي تبني المنهج السلوكي في دراسات علم النفس، ووضع كتابه عام ١٩١٩ تحت عنوان «علم النفس من وجهة نظر سلوكي»، وتم ذلك بعد نشر كتب سيشنوف وبافلوف في الولايات المتحدة. وتأثر جون واطسون بآراء بافلوف حيث قام بإجراء بعض التجارب حول العصاب التجريبي بمساعدة ماري كوفر جونز (١٩٢٠) وكان موضوع هذه التجارب إحداث خوف صناعي لدى الطفل ألبرت البالغ من العمر أحد عشر شهراً، وذلك من حيوان الأرنب، والفأر الأبيض... وعمم هذا الخوف على موضوعات مشابهة، وتوصل واطسون إلى أن المخاوف متعلّمة أو شرطية.... وأصبحت أفكار واطسون مصدراً لطرائق العلاج السلوكي، وخاصة بعد أن بينت ماري جونز فعالية هذه الأفكار في إزالة مخاوف الأطفال من طريق إعادة الإشراف لمضاد أو المعاكس ثم أيد ذلك بورنهام (١٩٢٤) وتورهنون عام (١٩٤٨) (\*).

كذلك نجد من النظريات التي ساهمت في تطور طريقة الكف بالتقيض نظرية كلارك هل (C. Hull) (١٩٤٥)، حيث تأثر ولبي بمفهوم كلارك هل عن أثر

المثيرات الخارجية في أعضاء الاستقبال، وأن استثارة التيار العصبي يأخذ بالتناقص التدريجي حتى يزول، كما أن نشاط الأعصاب الحسية يستمر بعد عملية الاستثارة في النسيج العصبي ولمدة نحو ثلاثين ثانية، كما تأثر ولبي بمنهجه... وذلك بمفهوم قوة العادة لدى هل، هذه القوة الناتجة عن اقتران المثير بالاستجابة واختزال الدفاع. وكذلك ميل هذا المثير إلى استدعاء (Recalling) الاستجابة من طريق عملية تكرار التعزيزات، حيث تكون الرابطة قوية بين المثير والاستجابة والتي تشبه في حد ذاتها العادة (Habit). ويفترض جوزف ولبي متأثراً بهل أن هناك عاملين منفصلين ولكنهما متداخلان (Interrelated) يؤثر كل منهما في إضعاف الاستجابة. العامل الأول هو تراكم أو ترايد الكف العصبي (A neural inhibitory) الناتج عن حالة الإعياء أو التعب (Fatigue) مما يؤثر في قوة الاستجابة ويزدي إلى ضعفها وعدم حدوثها أو تغيير الاستجابة (كما يحدث في بعض حالات الشفاء التلقائي) (Spontaneous Remission) أما العامل الثاني فهو العامل الذي يؤدي إلى ضعف مستمر في الاستجابة المستوعدة لموقف معين، ويرى ولبي أنه لا يمكن الوصول إلى عادة مطلقة لا يمكن محوها.

وتأثرت طريقة جوزف ولبي بنظرية الإشراف الإجرائي (Operational Conditioning) للدكتور ب. ف. سكينر (Skinner)، حيث نجد سكينر يؤكد على ما يسمى بالسلوك الإجرائي الإرادي الذي ينحكم فيه الجهاز العصبي المركزي. والسلوك الإجرائي لدى سكينر هو السلوك الذي يؤثر في البيئة فيحدث تغييرات فيها، ويمكن القول إن السلوك الإجرائي أقرب إلى السلوك الإرادي لكنه يحدث بشكل تلقائي، أي أن حدوثه ليس بسبب مثيرات سابقة، ولهذا يقال إن السلوك يصدر عن الفرد (Emitted)، فالإنسان يفكر، ويتحرك، ويضحك، ويتصور... وهذه كلها سلوكيات إجرائية، وفي السلوك الإجرائي المثير يلي السلوك. والسلوك لا تستجبه مثيرات محددة (elicited) (كما هو الحال لدى بافلوف) والتغييرات التي تطرأ ترتبط بالجهاز العصبي المركزي (بينما في الإشراف الكلاسيكي لدى بافلوف ترتبط بالجهاز العصبي المستقل)، كذلك تأثر ولبي بطريقة سكينر في تشكيل السلوك (Shaping of Behaviour). ويلاحظ أن سكينر

(\*) ملاحظة: نستيع لسلوكية واطسون نجد أنه من المأخذ التي أخذت على هذه النظرية السلوكية أنها اختزلت أعمال الإنسان في صورة المنبه - الاستجابة (د. س.). كما أن واطسون أنكر وجود الشعور والنوعي ورفض الاستبطان، ورأى أن جميع سلوكيات الإنسان تتحدد بقوى بيئية خارجية، وهذا ما يجعلنا ننظر إلى طريقة جوزف ولبي في العلاج على أنها طريقة غير سلوكية لأنها تعتمد كما سنرى على التقارير الذاتية للمريض. وجمع البيئات، كما تعتمد على عمليات داخلية معقدة وليس فقط على السلوك الظاهري الذي يتم بشكل آلي حسب واطسون، عندما أن النظرية السلوكية تطورت كثيراً بعد واطسون، وخاصة بعد العالم تولمان، حيث أصبح للفرد (أو للحيوان دور الوسيط بين المثير والاستجابة التي تصدر عنه...).



والجرس<sup>(١)</sup> وتعلم الطفل أن يزيد من طاقة مثانته مع الإفلال من حالة القلق المصاحبة لعملية التبول، وماورر وماورر لا يتفقان مع التفكير الفرويدي، فالعصابي عندهما لا يسلك سلوكاً حسناً لأنه مريض، ولكنه مريض وأحاسيسه سئة لأنه سلك سلوكاً سيئاً.

كما تأثر جوزف ولبى بأعمال دولارد وميلدر (Dollard and Miller) حيث تابعا كيفية نمو شخصية الأفراد من خلال عمليات التفاعل التي يتعرضون إليها، وأشارا في كتابهما عن (الشخصية والعلاج النفسي) إلى ضرورة الجمع بين نظرية التعلم، ونظرية التحليل النفسي، وقاما بتفسير مفاهيم فرويد للتحليل النفسي بالاعتماد على نظريات التعلم والارتباط بين المنبه والاستجابة. مثلاً فسّر الكبت (Repression) كاستجابة دفاعية لتجنب التفكير فيما هو مؤلم، واللذة (Pleasure) هي المعزز، والتحويل هو نوع من الاستجابة.... ولكنهما لم يقبلتا تفسير الصراع (The Conflict) بأنه بين الهو (The Id) والأنا (The Ego) والأنا الأعلى (Super Ego) وإنما فسّراه كنتيجة لنسعي وراء أهداف تتقارب في قوتها مع الحاجة إلى القيام باختيار قهري.

كما أن أعمال ألبرت بندورا، وجوليان روتر، واهتمامهما بالنواحي السلوكية - المعرفية في دراستهما للشخصية مع إقلال من دور التعزيز، واعتبار بندورا الشخصية هي نتاج النمذجة (Modeling) أو التقليد، (وهذا ما يفسّر لنا مثلاً كيف أن الطفل يتعلم الخوف إذا كان أبوه يعاني من ذلك)، وروتر التي اهتمت بالبيئة ذات الدلالة، فلقد لا يتأثر بالبيئة كما هي وإنما بالبيئة كما يدركها... وبعد ذلك نجد أعمال هانز آيزنك والتحليل العملي لسمات الشخصية وربط العصابية بالجهاز العصبي ووظائفه... وتأثر ولبى أيضاً بأعمال رشحمان (Rachman) ولازاروس (Lazarous)، وبيتش (Beech) وغيرهم من رواد العلاج النفسي السلوكي.

وباختصار لقد تأثرت طريقة جوزف ولبى بكل هذه الأعمال والدراسات

(١) راجع كتاب الدكتور فيصل محمد خير اليرداد: «التبول اللاإرادي لدى الأطفال»، دار الفتى، بيروت (١٩٩٥).

فرض المنطق المحدد للسلوكيين الأوائل، وهو يعترف بدور الأحداث الداخلية في تفسير السلوك ولكنه يتشكك في دور هذه الاستجابات الداخلية في تحديد سلوك، كما يرفض سكنر الشروح أو التفسيرات العنلية والإحيائية (Animistic) لسلوك مثل الأنا، وخفض الدافع، وهو يرى أن السلوك الإنساني يتأثر بالبيئة الاجتماعية من خلال التعزيز (Reinforcement) أيضاً.

وهناك آراء أخرى ودراسات تأثر بها جوزف ولبى مثل دراسات دانلوب (Danlu) (١٩٣٢) الذي أشار إلى الأهمية العلاجية لعملية الكف التجريبي في إطفاء العادات. لقد استخدم دانلوب منهجاً في علاج بعض العادات العصابية السيئة سمى منهج التدريب السلبي (Negative Practice) وكان يعني دانلوب بذلك إطفاء العادات غير المرغوب فيها من طريق السيطرة عليها بواسطة عامل تعزيز سلبي (الملل، السأم، والتعب الناجم عن عملية التكرار الآلي للشيء، أي من طريق الزيادة التدريجية في تكرار الاستجابة دون تعزيز مع إخضاعها للوعي رادي وبصورة متعمدة)، كما تأثر جوزف ولبى بتطبيقات العائم جثري (Guthrie) (١٩٣٢) وما أشار إليه عن أهمية فكرة الإشراف المضاد (Counter Condition) في تعديل بعض العادات العصابية التي تصيب الحيوانات التي يجري عليها تجاربه، وكان يعتمد في ذلك على تقديم المثيرات المؤثرة بدرجة من الضعف بحيث لا تحدث الاستجابة غير المرغوبة (عملية ترويض صان الأهووج)، أو تقديم المثيرات التي تثير الاستجابة غير السوية ومن ثم إثارة جابة أخرى مضادة لها (الكلب الذي كان يقتل الدجاج).

ضاف إلى ذلك تأثر جوزف ولبى بدراسات كل من مورر ومورر (Mowror and Moy) حيث قاما بتطبيق مبادئ الإشراف الكلاسيكي لبافلوف في علاج التبول اللاإرادي الذي يسبب للأطفال الإحساس بالقلق والخوف فساس بالذنب، وبتركز علاج (ماورر وماورر) على استخدام جهاز البطانية

المعزز (Reinforcement) لدى سكنر هو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية، أو إزالة توابع سلبية، والمعزز كذلك هو كل ما يزيد من احتمال حدوث الاستجابة أو السلوك، والمعززات لدى سكنر مادية ومعنوية، إيجابية، وسلبية.

السابقة، ويظهر من خلال مناقشات جوزف ولبي أنه تأثر أيضاً بأراء كل من لانغ (Lang)، ولازوفيك (Lazovik) (1961) حول مصدر الانفعالات وعلاقتها بالسلوك البشري.

من ناحية أخرى

في موقف ما إلى غيره من المواقف الحياتية، ومواقف الحياة هذه متكررة ولا يعني ذلك أنها تحدث بنفس الصورة التي حدثت فيها من قبل، والفرد يحاول أن يكرر الاستجابات المتعلمة التي اقترنت بالإحساس بالسعادة والسرور، وهذا التكرار يؤدي بالاستجابة إلى زيادة قوتها وإلى نوع من التثبيت (Fixation). فإذا كانت الاستجابة المتعلمة شديدة أو قوية أمكننا أن نتحدث عنها بلغة العادة. فالفرد خلال حياته يكتسب مجموعة من العادات التي تؤثر في سلوكه، وفي شخصيته، وتفكيره وفي مجرى حياته بشكل عام، ويتم ذلك من خلال مراحل نمو الفرد وتطوره، حيث أن العمليات التي تؤدي إلى التغيير الدائم في سلوك الكائن الحي تكون نتيجة النمو، أو إعاقة النمو، أو تكون نتيجة للتعلم، ومن الطبيعي أن من هذه العادات المتعلمة ما هو ضار ومؤذ للفرد، ويسبب له توتراً وقلقاً أو اضطراباً في السلوك، وعادة يسمّى هذا النوع من العادات غير السوية العادات العصابية (Neurotic Habits)، وهذه العادات تتجلى ببعض أعراض سوء التوافق. ومن الطبيعي أن من بين هذه العادات ما هو سوي ونافع ويدفع إلى نضج الفرد ونموه وزيادة توافقه. ولقد اهتم علماء النفس بكلا النوعين من العادات السوية وغير السوية، إلا أن جماعة العلاج السلوكي انصب اهتمامهم على العادات غير السوية<sup>(\*)</sup>، أو العادات العصابية، لقد أرادوا التعرف عليها وكيف تتكوّن؟ وكيف يمكن إزالتها؟ وما هي الأساليب التي تساعد في بناء عادات سوية عوضاً عنها؟ وبمعنى آخر أرادت جماعة العلاج السلوكي تحديد العوامل التي تؤدي إلى

(\*) ملاحظة: يتم تمييز السلوك السوي عن غير السوي عن طريق مدى الخروج بالسلوك عن النطاق الاجتماعي، والاحصائي، والذاتي وبواسطته نحديد ما يفعله الانسان، وتحديد نمط السلوك أو عدد مرات تكراره، وحدوث السلوك أكثر أو أقل من الطبيعي (Behavioural Excess and Behavioural Defect) وليس نوع السلوك ويرى كورتيس (Cantwright) ووارد (Ward) (1980) أن السلوك السوي يختلف عن غير السوي من حيث تكرار السلوك وحدته وحدته، وسكته (أو طبعها)، وشدته (أو قوته)، أو مدى تأثيره على وظائف الفرد الحياتية.

حدوث عملية الإشراف بشكلها المرضي، وبالتالي تحديد كيف يمكن أن يفك هذا الإشراف (De-Conditioning)؟ وكيف يمكن إعادة بناء عملية الإشراف من جديد بشكل سليم (Reconditioning)؟

وبالتالي تحديد عدد من العوامل المسؤولة عن اكتساب عادات عصابية، وبدأ هؤلاء بإجراء تجاربهم حول ما يسمّى بعملية الكف التجريبي للعادات (Experimental Inhibition)، أي كفّ العادات عن الظهور تجريبياً نتيجة لضعف الاستجابة أو ضعف تكرارها بسبب حرمانها من عملية التعزيز، أو بسبب عدم إشباع الحاجة، أو خفض التوترات أو الدافعية (Drive Reduction) التي يعاني منها الفرد.

من هذا المنطلق يرى ولبي أن عملية التعلم في حدّ ذاتها تهدف إلى تكوين عادات لدى الأفراد، أو هي عبارة عن استجابات متكررة لمواقف مثيرة معينة، وتختلف قوة الاستجابات حسب مدى سعة الاستجابة وشدتها (- Amplitude Intensity of Response)، وحسب سرعة الاستجابة (Response Velocity) وكذلك حسب تكرار الاستجابة أو حدوثها (Frequency of R.) تحت ظروف معينة، وأيضاً حسب مقاومة الاستجابة حيث تبدل الجهود لإزالتها أو إطفائها. ويرى ولبي أن طريقتيه في الكفّ بالنقيض تعتمد على عملية محو التعلم (Unlearning)، وهو يستخدم مصطلحي محو التعلم، وإطفاء الاستجابة مترادفين، ويعتبر ولبي الكفّ بالنقيض حالة خاصة من حالات الكفّ الشرطي، ذلك لأن معظم الإجراءات العلاجية تتركز على هذا المبدأ الذي يتضمن استدعاء استجابة مضادة (Antagonistic Response) للاستجابة التي يُراد إزالتها، على أن يتم ذلك بوجود الأحداث المثيرة لها، ويؤكد جوزف ولبي أنه لا يمكن حدوث كلا الاستجابتين الأصلية والمضادة في وقت واحد. فالاستجابة الجديدة ستصبح مرتبطة من خلال المحاولات المتكررة مع الأحداث والظروف التي أحدثت الاستجابة المرضية السابقة، ومن الطبيعي أن منع حدوث الاستجابة الأخيرة يقلل من شدة الرابط بينها وبين المثير الذي أدّى إليها، وهذا ما يؤدي في الوقت نفسه إلى خفض الدافع، كما سيؤدي بالاستجابة الجديدة إلى الاستمرار بواسطة

مداث السابقة، ويؤدي ذلك أيضاً بالاستجابة المرصبة القديمة إلى الضعف ريبي والانطفاء. ومن أجل أن يتأكد جوزف ولبي من مقترحاته أجرى موعة تجارب على القلط المحتجزة في أقفاص التجارب ومن بين هذه ارب ما يلي:

### تجارب جوزف ولبي حول سلوك القلط:

ام جوزف ولبي بتدريب القلط على تناول الطعام من يد المجرب لذلك كان لمتوقع أن تكون يد المجرب عبارة عن مثير شرطي يستثير استجابة الإقدام على الطعام، وبمجرد ظهور يد المجرب يقدم الطعام على وعاء يحمله المجرب ، وقد تم تدريب أربع قلط من أصل تسع قلط على تناول الطعام بهذه الطريقة. ام ولبي بتحويل هذه العملية تدريجياً حتى تتناول القلط الطعام الذي كان يقدم خلال صفيحة لها قبضة يد، كما أجبرت ثلاث قلط على تناول الطعام من ندوق مباشرة، وبعد أيام من التجربة تلاشت ردود الفعل العصبية لدى القلط كانت بسبب ظروف في الصندوق تعاني من القلق والخوف، وتزايدت كمية ام التي تأكلها القلط، وأصبحت حركتها عادية، كما دربت على تناول الطعام مسافات متدرجة من حيث البعد عن مثير سمعي يرتبط بإثارة حالة القلق وفوف، وقللت المسافة بين القلط والمثير تدريجياً حتى وصلت القلط إلى نقطة ناعت تناول الطعام مع وجود هذا المثير السمعي وقد اختفى القلق نهائياً. وفي التجارب كان ولبي يوجه مثيراً سمعياً مقلناً إلى القلط بمجرد توجيهها نحو ام مما أدى إلى ظهور قلق عصابي متزايد، وصاحب ذلك كف لعملية تناول ام في المكان الذي ظهر فيه هذا المثير السمعي... وفي تجارب أخرى وضع قطة في قفص معدني ثم عرضها لصدمة كهربائية عنيفة أدت بها إلى حالة من والخوف والرعب... وبعد أن توقفت الصدمة الكهربائية امتنعت القطة عن ام لفترة تراوحت بين (٢٤ - ٣٦) ساعة، ابتدأت بعدها محاولات ولبي ماف سبب ذلك، ووجد ولبي أن القطة رفضت الطعام أيضاً بعد أن خرجت من ام، والمهم أنه بعد عدد من المحاولات انتهى إلى أن هناك حجرة معينة ناعت القطة تناول الطعام في داخلها، وتحليل خصائص هذه الحجرة وجد

ولبي أنها ضعيفة الشبه بالحجرة الأصلية حيث تعرّضت القطة إلى صدمة كهربائية، وانتهى جوزف ولبي إلى النتيجة التالية وهي أنه كلما وجدت القطة في مكان أقل شبهاً بالمكان الأصلي الذي حدثت فيه الاستجابة الشرطية للخوف، كان احتمال تناول الطعام في هذه الحجرة أكبر<sup>(١)</sup>. وبعد ذلك فكّر ولبي بوسيلة يجعل القطة فيها

تأكل في الحجرة بعيدة الشبه بالحجرة الأصلية (نفترض الحجرة رقم ٧) وجعلها تأكل في هذه الحجرة عدداً من المرات حتى تألف المكان تماماً ودون أن تعرّض إلى أي خوف أو اضطراب، ثم نقل ولبي القطة إلى الحجرة التالية (نفترض أنها رقم ٦) وهذه الحجرة بعيدة الشبه من الحجرة الأصلية، وطبعاً فإن القطة تعرّض في بادئ الأمر لقليل من الخوف والاضطراب لا يلبث أن يزول بعد أن تأكل القطة وتألف المكان جيداً، ثم نقل ولبي القطة إلى الحجرة التالية (نفترض أنها رقم ٥) وطبّق العملية نفسها إلى أن زال الخوف والاضطراب لدى القطة، ثم نقلها إلى الحجرة التالية (رقم ٤)... وهكذا تدريجياً إلى أن وصلت القطة إلى الحجرة الأصلية (نفترض أنها رقم ١) حيث تلقت سابقاً الصدمة الكهربائية، وتناولت الطعام فيها وزال الخوف لديها تماماً. وقد لاحظ ولبي من هذه التجارب أن المنبه الأصلي كان مرتبطاً باستجابة الخوف، وفي الحالة الأخيرة ربط المنبه الأصلي باستجابة الطعام، أي تمت عملية استبدال استجابة باستجابة أخرى. واستخلص ولبي من تجاربه بعض المبادئ، مثل إذا كانت هناك استجابة مضادة للقلق كإقدام على الطعام فإنه يمكن إحداثها في حالة وجود مثيرات مقلقة مثل الصدمة الكهربائية وبحيث تقترب عملية الإقدام على الطعام بالصدمة الكهربائية، في محاولة لكف القلق كلياً أو جزئياً. كما استخلص ولبي أن السلوك العصابي هو سلوك متعلم، وحاول أن يبرهن أن الاستجابات العصبية الفسيولوجية المرتبطة بالطعام، والاستجابات المرتبطة بالخوف

(١) لتوضيح ذلك لو تصورنا مثلاً أن الحجرة التي تناولت فيها القطة الطعام هي حجرة رقم سبعة (١) وأن الحجرة التي تلقت فيها الصدمة الكهربائية هي الحجرة رقم واحد (١)، بهذا الشكل يكون احتمال تناول الطعام في الحجرة رقم (٦) أضعف من الحجرة رقم (٧)، ويكون أيضاً احتمال تناول الطعام في الحجرة رقم (٥) أضعف من الحجرة رقم (٦) والحجرة رقم (١) معاً وهكذا حتى نصل إلى الحجرة رقم (١) حيث يكون احتمال تناول الطعام في هذه الحجرة مستحيلاً، مع ملاحظة أن الحجرات السبع تتناقص تدريجياً من حيث الشبه.

استجابات مضادة لبعض وبصورة فطرية، ولا يسكن أن تحدث في وقت واحد،  
ولبي أن هذا النظام في الاستجابات يحدث مرات عديدة في الحياة اليومية.

حجرة رقم (١١)	حجرة رقم (٧)	حجرة رقم (٦)	حجرة رقم (٥)
------------------	-----------------	-----------------	-----------------

الصدمة الكهربائية خوف توتر			
-------------------------------------	--	--	--

حجرة رقم (٧)	حجرة رقم (٦)	حجرة رقم (٥)
-----------------	-----------------	-----------------

تناول الطعام  
بشكل عادي



يزداد التشابه مما يثير الخوف والتوتر والانفعال...

يتناقص التشابه مما يضعف من الخوف والتوتر والانفعال...

ملاحظة: اعترض معظم علماء النفس والطب النفسي على ما يسمى بالأعصاب التجريبية لدى  
حيوان والأعصاب التجريبية لدى الإنسان، حيث أن هذه الأعصاب تختلف اختلافاً جليلاً بين  
تجربة وبين الواقع. يضاف إلى ذلك أن الأعصاب لدى الحيوان لا ترجع إلى عوامل عميقة في  
نفس، وهي لا تدوم طويلاً، ولا تقاوم الكف. وكذلك فإن التعلم بشكل عام تحت تأثير الصدمة  
كهربائية يحدث بسرعة بسبب الانخفاض الكبير في القلق على أثر توقف الصدمة (بشكل  
ربع).

## ❖ موضوعات رئيسية ومفاهيم نفسية لدى

جورج روبي

١ - التعلم.

٢ - الدافع.

٣ - القلق.

٤ - المخاوف المرضية وتفسيرها.

٥ - الوسواس القهري.

٦ - مفهوم الحاجة.

# موضوعات رئيسية ◀

## ومفاهيم نفسية لدى

### جوزف ولبي

#### ١ التعلم (Learning):

يرى ولبي أن معظم أفعال البشر سوية أو غير سوية هي عبارة عن سلوك متعلم، ومن ثم فإنه يمكن تعديلها باستخدام أسس التعلم (Learning)، وذلك إذا توفرت لها الظروف المناسبة. وتتنطبق مفاهيم التعلم المستخدمة في تفسير السلوك السوي نفسها على السلوك الذي يدخل في إطار اللاسواء، والفرق الوحيد يرتبط بمضمون التعلم وليس بعملية التعلم. فالسلوك غير السوي هو عبارة عن فشل في تعلم المهارات اللازمة للتوافق مع عوامل البيئة، ويفترض ولبي أن السلوك الإنساني سواء أكان سويًا أو غير سوي يقع في إطار مقدمات أو أسباب، وعواقب أو نتائج، والأسباب هي التي تهيئ الفرصة للوصول إلى استجابات معينة، وبمعنى آخر إن السلوك المشري يعمل حسب قانون السببية (Causal Laws)، كما تعمل جميع الظواهر النفسية الأخرى، لأن سلوك الإنسان في تغيير مستمر وهذا التغيير إنما هو نتيجة لتتابعات في الأحداث، لذلك فإن ولبي يتصور أحداث الاستجابة على أنها تحدث في تتابعات متداخلة، فأي استجابة تكون في الغالب نتيجة لجميع الأحداث المصاحبة للاستجابة، وللمواقف السابقة، لهذا يعتبر ولبي أن كل استجابة هي بمثابة مشر سابق لكل استجابة أخرى تحدث، لذلك فهو يركز على فكرة التتابع (Sequences) التي تشير إلى العلاقات المتداخلة بين الاستجابات. من هنا يمكن تفسير إجراءات ولبي في الكف بالتقيض على أنها استجابات إبدائية ومختلفة (Substituting Different Responses) في تتابعات السلوك القديم (In

(Old Behaviour Sequence)، وهذه بدورها تؤدي إلى تغييرات (Changes) في مط هذا التتابع، وهنا يشير ولبى إلى مفهوم النضج (Maturation) حيث يلاحظ أن السلوك يتطور خلال تتابعاته وينمو نتيجة للنمو البيولوجي، ونتيجة لنمو قدرة الفرد على التمييز، ونتيجة لما يكتسبه هذا الفرد ويؤدي إلى زيادة تجاربه وخبرته في الحياة.

هذا النضج العضوي وهي أساس عملية التعلم. بالإضافة إلى ذلك فإن ولبى يميز بين السلوك الجزئي أو الاستجابة الجزيئية (Molecular)، مثل التغيير الذي يحدث في الخلية العصبية، وبين السلوك الكلي (Molar) وهو عبارة عن محصلة كلية عدد من الاستجابات الجزيئية. وكمثال على ذلك سلوك البلع، وسلوك التعرّق، القفز، والتفكير، والمشى... إلخ. ويعتقد جوزف ولبى أن النظر إلى السلوك كلي الذي يمثل الفعل (Act) أكثر فائدة بالنسبة للمعالج النفسي، علماً أن سيرات نظريات التعلم تعتمد على التتابعات التي تحدث للاستجابة العصبية جزيئية وليست الكلية، والتحليل السلوكي يتطلب دراسة التتابعات الموجودة باستمرار في كل مرة يحدث فيها السلوك. مثلاً قد يكشف التحليل السلوكي لحالة رريض ما أنه يعاني من قلق أو من كفا اجتماعي، أو خوف من الحفلات الاجتماعية... والتحليل السلوكي للحالة يبيّن أن هذا المريض يخاف أن تطلبه رأة جذابة لمراقصته في الحفل وهو لم يتعلّم الرقص الاجتماعي، لذلك نجده ثماً يرتب الأمور بحيث يتفادى تواجده في حفلة ما، أو مع امرأة ما، إذا المهه ي ولبى تقديم التتابعات وما يحققه السلوك من أغراض.

ويضيف ولبى في مجال التعلم أنه إذا أثرت استجابة ما بواسطة موقف ما، أو بسبب مشيرات حسية (Sensory Stimulus) وتلي ذلك خفض في شدة الإثارة بصبية، أو خفض مستوى التوتر، فإن عملية التعلم تحدث، وليس من الضروري تكون الاستجابة وسيلة في تحقيق عملية خفض الدافع، وإنما قد تكون أحداث كثيرة المقترنة في الزمان هي التي أثرت في عملية حدوث التعلم. ذكر ولبى من بين هذه الأحداث الفاصل الزمني بين المثير والاستجابة ستجرة، أو بين المثير وعملية خفض الاستثارة، وقد أكد ولبى أن أفضل النتائج كن الحصول عليها عندما يكون الفاصل الزمني بين المثير والاستجابة بضع

ثوان يلي ذلك من العوامل عدد المعززات، وطريقة توزيعها، حيث أن كمية التعلم تكون أكبر، والتعلم أكثر ديمومة عندما تكثر المعززات الإيجابية. ولم يعرف حتى الآن الفاصل الأمثل من حيث الزمن الذي يفصل بين المعزز وحدوث الاستجابة، والسؤال هنا كيف يمكننا معرفة متى يحدث التعلم؟ يرى ولبى أن هناك معياراً لذلك. وذلك عندما يسبح عسبر عسبري غير معر سابق (حيادي) يسبح الاستجابة يكون أقوى من ذي قبل. ومن المهم أن نذكر ثانية أن الاستجابات الفسيولوجية الفطرية الناتجة عن الحاجات الأولية ليست هي فقط الأحداث التي يمكنها أن تثير الجهاز العصبي وتؤدي إلى التعلم، والواقع أن خفض أي استثارة في الجهاز العصبي المركزي بغض النظر عن هذه الإثارة من شأنه أن يسهل عملية التعلم، لذلك فإن ولبى يوسع نظريته حول خفض الدافع لتشمل أمثلة لا حصر لها في مجال التعلم، وخاصة في مجال التعلم اللفظي (Verbal Learning)، ومجالات التعلم التي ليست ناجمة عن استجابات فسيولوجية مباشرة أو عن حاجات (Needs) وكعوامل سابقة لحدوث الاستجابة.

والسؤال الذي طرحه ولبى هو لماذا بعض استجابات الأفراد تتجه بشكل منظم نحو بعض الموضوعات البيئية دون غيرها...؟ ويرى ولبى أن مثل هذا السؤال ما زال بدون إجابة وافية، وهو يقترح أن بعض الأحداث (Events) مثل الاستجابات الفسيولوجية الفطرية، أو ما يسمّى الحاجات الأولية (Primary Needs) تؤدي إلى استثارة عصبية أشد من غيرها، بالإضافة إلى ذلك فإن ولبى يشير إلى دور الحاجات الإشرافية (Conditioned Needs) مثل الحاجة إلى الاحترام، والحاجة إلى المال وإلى تأكيد الذات... كما يشير في حاشية (Footnote) كتاباته إلى أنه لم يتمكن من معرفة كيف يتم إشراف الحاجات الإشرافية وتعلمها، وكل ما يقترحه أن زيادة الدافع يسهل عملية التعلم، وكلما أدى ذلك في الاستجابة النهائية إلى خفض شدة الدافع (Drive Reduction).

ويدخل ولبى السلوك العصبي في إطار عملية التعلم، حيث ينظر إلى هذا السلوك على أنه سلوك متعلم، ويخضع إلى مبادئ التعلم نفسها التي أشير إليها سابقاً (إلا أن العديد من الباحثين اعترضوا على آراء ولبى بهذا الخصوص، ووجدوا بأن السلوك العصبي لا يمكن أن يُنظر إليه فقط في إطار عملية التعلم،

تبي أن آيزنك أيد ولبي في أن العادات العصبية هي مجرد متعلمة وليس هناك  
بداث تكمن وراء هذه العادات (أو الأعراض)، ولا توجد حاجة إلى الماضي...  
شكل عام يرى ولبي أن العادات العصبية هي عادات متعلمة في موقف مولد  
قلق ويمكن إزالتها من خلال عملية محو التعلم (Unlearning) أو من خلال  
اعتماد على مبدأ خفض الدافع الذي يتم من خلال نموذج الأشراف لدى العالم  
رود هول، ويعتقد روبي بأن سبب بعض الناس تعلم يسخر أن يؤدي به إلى  
نظرية هامة وجديدة في مجال العلاج النفسي، تكون بمثابة بديل لنظرية الكبت  
لتحليل النفسي). إلا أن ولبي لم يوضح بدقة الأسس النظرية التي اعتمدها عليها  
في إطار نظريته حول التعلم، مع أنه في كتاباته يؤكد على أهمية بعض المفاهيم  
مثل: الدافع (Motive)، والقلق (Anxiety)، والخوف (Phobia)، والحاجة (Need)،  
التي يعتبرها من العناصر الرئيسية في عملية التعلم، وينسب ولبي هذه المفاهيم  
إلى النحو التالي:

## ٢) الدافع (Motive):

الدافع هو الذي يوجد بين الاستجابات الفسيولوجية، والاستجابات الحركية،  
يشير كذلك إلى عوامل الاستثارة المتخللة للنيورونات في الجهاز العصبي.  
الدوافع، حسب ولبي، ليست هي السبب المباشر وراء السلوك الظاهري للفرد  
(Overt Behaviour) حيث أن عملية الإثارة والتنبيه العصبية في الجهاز العصبي  
مركزي تمثل المتغير الوسيط، وهذه العملية تمثل الحافز (Drive) لدى ولبي،  
لدافع هو حالة من الاستثارة الداخلية تدفع الفرد لقيامه بسلوك من أجل إشباع  
حاجة أو تحقيق هدف مثل خفض الإثارة الدفاعية. وعندما تثار النيورونات  
خلايا العصبية) يصدر عنها اندفاعات أو نبضات عصبية (Impulses) كهربائية  
نذ النبضات هي التي تؤدي إلى ما يسمى بالاستجابات الحركية (Motoric  
Responses)، وذلك عندما يصل التنبيه أو عتبة التنبيه (The Threshold) إلى  
مساهم، حيث تؤدي النيورونات المستثارة إلى استجابات حركية (أو سلوك).  
رى ولبي أن زيادة التنبيه تترتب عليها زيادة أكبر في عدد النيورونات المثارة،  
نشاط الحركي يكون موجهاً نحو هدف، للحصول على نتائج تنتهي بتتابعات

تؤدي إلى خفض الدافع، ومن المهم ملاحظة أن الاستثارة الكهربائية التي تؤدي  
إلى نشاط حركي يمكن أن تنشأ بواسطة الحوادث (Events) البيئية غير  
الاستجابات الفسيولوجية الفطرية، وهذا يتيح الفرصة لإمكانية حدوث ما يسمى  
دوافع التعلم المكتسبة (The Acquisition of Learned Drives). ويفترض ولبي أن  
العديد من الأمراض النفسية والكلامية مثل الاكتئاب والقلق والوسواس  
والأمراض والإعياء، والحساسية، والوهن العام... إلخ تؤثر كلها في شدة الدافع  
وفي سلوك الفرد، وكذلك فاعلية الأحداث البيئية التي في إمكانها استثارة الجهاز  
العصبي وتؤدي إلى نشاط حركي يهدف إلى خفض التوتر أو خفض الدافع.  
ويؤكد ولبي على أهمية الدوافع البيولوجية مثل الجوع والعطش والجنس والأهوية  
مقابل الدوافع النفسية مثل التملك والسيطرة والاحترام، ويرى أنها جميعها تتأثر  
بعملية التعلم.

## ٣) القلق (Anxiety):

يعتبر جوزف ولبي أن القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي،  
والصادرة عن الجملة العصبية اللاإرادية بسبب منبه أو مثير يهدد الكائن. ويحتوي  
القلق على عناصر معرفية، وحركية، وعصبية وسلوكية... وهو السبب الرئيسي أو  
حجر الأساس (Keystone) وراء جميع الأعصاب الحادة، ووراء تعلم الاضطرابات  
السلوكية (Behaviour Disorders) المكتسبة، ويعتبر القلق مثل الخوف كدفع  
طبيعي لاستجابة الفرد نحو الإثارة الضارة (Noxious Stimulation)، والإثارة  
الضارة هي أي حدث يسبب اضطراباً وظيفياً في الأنسجة العضوية، ويدفع الفرد  
نحو استجابة تجنبية (Avoidance Response)، ومن الضروري من أجل الإجراءات  
العلاجية الأخذ في الاعتبار أن الاستجابات القلقية يصاحبها تفرغ في الشحذات  
الكهربائية العصبية في الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل (Autonomic Nervous  
System)، وكذلك على الاستجابات الباراسمبتاوية (Parasympathetic Responses)  
تفرغ المثانة من البول (Bladder Evacuation)، مثل هذه العملية تستجر بصورة  
فطرية (Innately Elicited)، ومباشرة (Directly)، ليس فقط بسبب الإثارة المؤلمة  
ولكن أيضاً بسبب المثير الشديد جداً (Very Intense Stimuli)، وكذلك بسبب

تصارع المثيرات ذات القوة الواحدة. وهناك نوع من الاستجابات مثل الاستجابات العاطفية (Emotional) كالغضب والحب لم تُعالج من قِبل وُلبي، وبشكل عام لا يعتبر وُلبي أنّ لمثل هذه الاستجابات العاطفية دوراً كبيراً في مجال التعلم وفي نموّ تلك المضطرب، أذ في العلاج - وبالأخص - كان التركيز على (ساراسون - مندler - أنكنسون...) أنّ هناك مستوى مقبولاً أو معتدلاً من القلق مفيد في مجال دفع الفرد نحو القيام بسلوك ما (نظرية القلق الدافع)، كما أنّ القلق في حدّ ذاته يمكن اعتباره بمثابة إشارة إنذار أو تحذير للفرد بأن هناك ما يهدد الذات... إلخ أنّ الحالات الشديدة من القلق وذات النمط العصبي غالباً ما تضرّ بالفرد وتؤدي به إلى تشتيت التوافق الحركي (Motor Cordination) وقد تحدث رعشات أو توترات عضلية (Fibrosis) أو صداع (Headache)، وقد يشتت القلق الشديد القدرة على التركيز وعلى تذكر المعلومات، والعجز في تسجيل الانطباعات أو الصور الذهنية في الذاكرة، وقد يؤدي إلى فقدان الذاكرة الرجعي (Retrograde Amnesia) وقد يعطل (Disrupted) القدرة الجنسية (على شكل فشل في الانتصاب، أو قذف مبكر، أو برود جنسي)، كما تظهر الخبرات الشاذة مثل المشاعر المزيفة أو المصطنعة، وقد يصاحب ذلك بعض أعراض القلق العضوية مثل زيادة التنفس (Hyperventilation) والرعشات، وألم في العضلات (Myalgia)، والتشوش في الحس (Paresthesia) أي الإحساس بالخدر، أو التتميل، أو الحكّة من دون سبب، وكذلك آلام القلب... وسرعة ضربات القلب، وارتفاع في الضغط، وجفاف الفم، والتعرق، وتظهر هناك فروق فردية بين الأفراد تظهر في حساسية الأفراد للاستجابة لأنماط محددة من المواقف. على سبيل المثال هناك ردود فعل تنفسية (Respiratouy Reactors)، ووردود فعل معدية (Stomach Reactors)، أو ردود فعل جلدية، أو ردود فعل تتعلق بضغط الدم (Blood Pressure). وهناك ردود فعل أخرى (راجع الأمراض النفسية الجسمية واختيار الأعراض المرضية)<sup>(١)</sup>. إنّ مثل هذه الأعراض في إمكانها أن تستجر القلق أيضاً، وذلك بسبب آلامها، وما يتلو ذلك من مشكلات اجتماعية مرتبطة بمخاوف متعلّمة متعلّقة بالآلام العضوية، مثل المرض والجنون أو الموت،

ويساهم في ذلك عامل الاستعداد العضوي، ومثل هذه المواقف تثير القلق أيضاً وتؤدي إلى تعلم جديد من خلال الارتباط بحالة القلق، وهكذا ينشأ ما يُسمّى الحلقة المفرغة (Vicious Circle)<sup>(٢)</sup>.

التجنب العضوي في المواقف المثيرة للقلق هو القاعدة (The Rule)، إذا أمكن ذلك، وقد تصبح هذه الاستجابة متعوّدة ومألوفة وآلية (Automatic)، وتهدف إلى الحدّ من القلق وخفض الدافع، وكمثال على ذلك تجنب الفرد الصعود في المصاعد (Elevators)، أو الابتعاد عن ذوي السلطة العالية، أو عدم قراءة إعلانات النعي (Obituary Notices)، أو عدم البروز في الحفلات (Parties)، أو المناسبات، وقد تكون عملية التجنب أكثر تعقيداً (More Complicated). على سبيل المثال شخص ما يقرأ إعلان وفاة وبالرغم من أنّ أفكار الموت مخيفة أو مقلقة كثيراً، إلا أنّ أحاسيس القلق والخوف غالباً ما تهدأ لأن الفرد الذي مات هو أكبر منه سنّاً بكثير (Much Older than Himself)، وهناك شكل آخر لتجنب القلق يتم عندما يتمكن الفرد من تحويل انتباهه (The Attention)، وهي عملية توازي عملية التجنب العضوية. إنّ تحويل الانتباه عبارة عن عملية عقلية فسيولوجية عصبية، ويتم ذلك بتكريس الفرد انتباهه (Devoting His Attention) بشكل مباشر وكذلك سلوكه نحو أحداث غير مؤذية للقلق (Non-Anxiety-Producing Events). لقد جاء وُلبي بالمثال التالي: (الشخص الذي ينهك في عمل ما أو يندمج في الأنشطة الاجتماعية وتجنّب البقاء وحيداً، وكذلك المشاركة في الرياضة، أو لعب الورق مثلاً Playing Cards... إلخ) مثل هذه السلوكيات ليست شاذة، ولكنّها قد تؤدي إلى بعض المشكلات إذا أدّت هذه السلوكيات إلى إهمال الواجبات الهامة تجاه الزوجة والأسرة مثلاً، وما يهدمنا هو ما تحدثه هذه السلوكيات من تأثيرات مفيدة في تشتيت القلق أو خفضه وهذا ما يشبه ما يسمّى أعراض التسوية (Compromise Symptoms). ويبدو أنّه يمكن لبعض العقاقير أن تستخدم من أجل السيطرة على القلق، ويذكر وُلبي من بين ذلك الكحول، والقلويات المنومة (Narcotic)

(١) لمزيد من المعلومات عن أعراض القلق يمكن الرجوع إلى كتاب الجمعية الأميركية للطب النفسي (DSM-IV) موضوع اضطرابات القلق (Anxiety Disorders).

(٢) فيصل محمد خير الزراد: الأمراض النفسية - جسدية، دار الفانوس، بيروت، (٢٠٠٠هـ).



Alkaloid، والمباربتيورات (Barbiturates)، والمهدئات (Tranquilizers) وهذه ضاً قد يترتب عنها مشكلات مثل الإدمان وغير ذلك.

ويرى ولبى أيضاً أن ردود الفعل الهستيرية والوسواس يمكن أن تكتسب من أجل، يقاوم انفراد القلق ويحميه (Medical Anxiety) ويصاحبه بالقلق، عمل على تخفيف القلق، وهي تعمل بشكل غير واع، وأحياناً يكون الوسواس حدداً مثلاً على شكل أفكار تتردد بشكل ملح، مثل المرأة التي تلج عليها فكرة ناء ابنها من شرفة البناء، وأحياناً يكون الوسواس على شكل أفعال معقدة نسبيًا، نهريّة، أو على شكل حركات آلية متتابعة مثل الاستعراض الشبقي (Exhibitionism)، أو غسيل اليدين (Hand Washing)، وكلمة قهري غالباً ما تستخدم بشأن الوسواس ذي الطابع الحركي، وبعض الوسواس تجمع بين النمطين نكري والحركي مثل حالة الفرد الذي يفكر بأن اليوم جميل (It is a Nice Day) صنفق بيديه (Clap with Hand) قبل مغادرته المنزل وهو يدور حول نفسه، إن بظم الصفات الدالة على الوسواس هي ليست الآلية فقط، ولكن في سيطرة أفكار وتطفلها (Intrusiveness) وهي تشكّل إعاقة أو حرجاً للمرضى (Embarrassment). مثلاً تكون الوسواس أحياناً تكراراً للتعبير عن كراهية إنسان ما، يد يخدم الوسواس القلق فيخفف من حدته. أما الأعراض الهستيرية (Hysterical Symptom) فهي ذات طبيعة فسيولوجية في محتواها، ومحدودة المجال، وغير نوعية نسبياً، وهي عبارة عن استجابات تحدث مع كل قلق، أو مع كل موقف قلق. وهي تعمل على تخفيف حدة القلق، والوسواس تجعل الفرد لا يهتم بالقلق نشغل عنه، وفي الهستيريا ينسى الفرد محتوى الخبرات الوجدانية المتعلّقة. ويعتبر بي ذلك عبارة عن نماذج متكررة من الأعراض التي حدّدها، كما في حالة فتاة، إن الكرة (Amnesia)، حيث أن النسيان التام للخبرات الوجدانية العنيفة والتي يمكن تعادليها حسب مفهوم فرويد عمليات الكبت (Repression) فإن مثل هذه عمليات حسب ولبى تعتبر غير متكررة نسبياً وعديمة الأهمية (Unimportant) في عال الأعصاب، أو في مجال الشفاء (Recovery)، وهذا ما يجعل ولبى لا يركز على استجابات الرمزية (Symbolic Responses) وما نابيها.

ولولبي رأي خاص في ما يتعلّق بما يسمّى بالقلق الحر أو العائم (Free Floating

Anxiety)، إذ إن القلق غالباً ما يكون له سبب أو مشير ما، إلا أن القلق الحر المنتشر أو العام (Pervasive) ليس له سبب، ويبدو أنه مستقل (Independent) عن أي مشير نوعي محدد، ومن المحتمل أن يكون قد أُثير بواسطة بعض خصائص البيئة، أو بالبيئة المحيطة بالفرد، أو بالبيئة الاجتماعية، أو بالبيئة النفسية للفرد. تستميل حدوثة، فهناك مريض يعاني من قلق يستثار بسبب حضور أي موضوع كبير (Any Large Objects)، وهناك من يضطرب عندما يجد اختلافاً حاداً للأشياء في مجاله البصري (Visual Field)، وآخر يشعر بالاضطراب عندما يكون في الغضاء الواسع... إلخ. ويرى ولبى أن هناك بعض عوامل التعلم التي تسهم في ما يسمّى بالقلق المنتشر أو المختلط، مثل الصفات التي تميل لأن تصبح مشيرات شرطية، وكذلك غياب أي أحداث محددة أو واضحة في وقت حدوث التعلم، ويأتي ولبى بالمثال التالي: «فرد حصلت لديه خبرة تعلم قلق أثناء تواجده في غرفة مظلمة يرى من خلالها ظلالاً (أو خيوط ظلال) للموضوعات التي توجد فيها، وتدرجياً أصبح المريض قلقاً عند مواجهة موضوعات شديدة الظلمة». ويرى ولبى أن علم الأعراض العصبية (Nervotic Symptomatology) يمكن أن يتطوّر على مرّ الزمن وفي هذا الاتجاه، ذلك لأن أسباباً عديدة بإمكانها استثارة القلق، وقد تزداد هذه الأسباب أو تنقص، وقد تحدث الزيادة بسبب وجود مواقف جديدة مشابهة للمواقف الأصلية، ولأن أحداثاً أخرى تصبح مستجرات للقلق، ونتيجة لخبرات إضافية لتعلم القلق، وبسبب عملية التعميم الرمزية (Symbolic Generalization)، كما أن شدة القلق (أو شدة الاستجابات المتعلّقة) قد تزداد أو تنقص بسبب عملية محو التعلم الطبيعية في الحياة اليومية، لذلك فإن الأعراض القلقية قد تنتشر إذا تكرّرت خبرات الحياة المحدثة للقلق، أو تلغى (Retract) إذا أخذت حياة الفرد دوراً أفضل.

ويرى ولبى أيضاً أن القلق لدى الإنسان بعيد الاحتمال أن تسببه أحداث كانت ذات مرّة حيادية (Neutral)، حتى لدى الأفراد في عمر مبكر (Even at the Early Age)، وهناك استجابات قلق تكون أكثر بعداً بحيث تكون مشروطة لإشارات (Cues) أكثر من تلك التي تكون غير مشروطة (Unconditioned)، وقد يكون الموقف الذي أثار القلق خطراً حقاً مثل القتال في الحرب (A Battle in War)، فالخوف المستثار هنا قد يكون مرتبطاً بأحداث تقع وقت إطلاق النار مثل رائحة

Alkaloid، والباربيتورات (Barbiturates)، والمهدئات (Tranquilizers) وهذه ضاً قد يترتب عنها مشكلات مثل الإدمان وغير ذلك.

ويرى ولبى أيضاً أن ردود الفعل الهستيرية والوسواس يمكن أن تكتسب من أجل، يعاوم الفرد انقباض ويحتمل (Anxiety Avoidance) ردوداً غير طبيعية. عمل على تخفيف القلق، وهي تعمل بشكل غير واع، وأحياناً يكون الوسواس حدةً مثلاً على شكل أفكار تتردد بشكل ملح، مثل المرأة التي تلج عليها فكرة ناء ابنها من شرفة البناء، وأحياناً يكون الوسواس على شكل أفعال معتقدة نسبياً، فهرية، أو على شكل حركات آلية متتالية مثل الاستعراض الشبقي (Exhibitionism)، أو غسيل اليدين (Hand Washing)، وكلمة قهري غائباً ما تستخدم بشأن الوسواس ذي الطابع الحركي، وبعض الوسواس تجمع بين النمطين نكري والحركي مثل حالة الفرد الذي يفكر بأن اليوم جميل (It is a Nice Day) صفق يديه (Clap with Hand) قبل مغادرته المنزل وهو يدور حول نفسه، إن بظم الصفات الدالة على الوسواس هي ليست الآلية فقط، ولكن في سيطرة أفكار وتطفلها (Intrusiveness) وهي تشكّل إعاقة أو حرجاً للمرضى (Embarrassment)، مثلاً تكون الوسواس أحياناً تكراراً للتعبير عن كراهية إنسان ما، يد يخدم الوسواس القلق فيخفف من حدته. أما الأعراض الهستيرية (Hysterical Symptom) فهي ذات طبيعة فسيولوجية في محتواها، ومحدودة السجال، وغير نوعية نسبياً، وهي عبارة عن استجابات تحدث مع كل قلق، أو مع كل موقف قلق، وهي تعمل على تخفيف حدة القلق. والوسواس تجعل الفرد لا يهتم بالقلق نشغل عنه، وفي الهستيريا ينسى الفرد محتوي الخبرات الوجدانية المتعلّقة، ويعتبر بي ذلك عبارة عن نماذج متكررة من الأعراض إلى حد ما، كما في حالة فقدان الذاكرة (Amnesia)، حيث أن النسيان التام للخبرات الوجدانية العنيفة والتي يمكن تعادنها حسب مفهوم فرويد عمليات الكبت (Repression) فإن مثل هذه عمليات حسب ولبى تعتبر غير متكررة نسبياً وعديدة الأهمية (Unimportant) في نال الأعصاب، أو في مجال الشفاء (Recovery)، وهذا ما يجعل ولبى لا يؤكد على استجابات الرمزية (Symbolic Responses) وما تشابهها.

ولولبي رأي خاص في ما يتعلّق بما سُمّي بالقلق الحر أو العائم (Free Floating

Anxiety)، إذ إن القلق غالباً ما يكون له سبب أو مثير ما، إلا أن القلق الحر المنتشر أو العام (Pervasive) ليس له سبب، ويبدو أنه مستقل (Independent) عن أي مثير نوعي محدد، ومن المحتمل أن يكون قد أُثير بواسطة بعض خصائص البيئة، أو

تستميل حدوثة، فهناك مريض يعاني من قلق يستثار بسبب حضور أي موضوع كبير (Any Large Objects)، وهناك من يضطرب عندما يجد اختلافاً حاداً للأشياء في مجاله البصري (Visual Field)، وآخر يشعر بالاضطراب عندما يكون في الغرض الواسع... إلخ. ويرى ولبى أن هناك بعض عوامل التعلم التي تسهم في ما يسمى بالقلق المنتشر أو المختلط، مثل الصفات التي تميل لأن تصبح مثيرات شرطية، وكذلك غياب أي أحداث محددة أو واضحة في وقت حدوث التعلم، ويأتي ولبى بالمثال التالي: «فرد حصلت لديه خبرة تعلم قلق أثناء تواجده في غرفة مظلمة يرى من خلالها ظلالاً (أو خيوط ظلال) للموضوعات التي توجد فيها، وتدرجياً أصبح المريض قلقاً عند مواجهة موضوعات شديدة الضلمة». ويرى ولبى أن علم الأعراض العصابية (Nerotic Symptomatology) يمكن أن يتطوّر على مر الزمن وفي هذا الاتجاه، ذلك لأن أسباباً عديدة بإمكانها استثارة القلق، وقد تزداد هذه الأسباب أو تنقص، وقد تحدث الزيادة بسبب وجود مواقف جديدة مشابهة للمواقف الأصلية، ولأن أحداثاً أخرى تصبح مستجرات للقلق، ونتيجة لخبرات إضافية لتعلم القلق، وبسبب عملية التعميم الرمزية (Symbolic Generalization)، كما أن شدة القلق (أو شدة الاستجابات المتعلّقة) قد تزداد أو تنقص بسبب عملية محو التعلم الطبيعية في الحياة اليومية، لذلك فإن الأعراض القلقية قد تنتشر إذا تكررت خبرات الحياة المحدثة للقلق، أو تلغى (Retract) إذا أخذت حياة الفرد دوراً أفضل.

ويرى ولبى أيضاً أن القلق لدى الإنسان بعيد الاحتمال أن تسببه أحداث كانت ذات مرة حيادية (Neutral)، حتى لدى الأفراد في عمر مبكر (Even at the Early Age)، وهناك استجابات قلق تكون أكثر بُعداً بحيث تكون مشروطة لإشارات (Cues) أكثر من تلك التي تكون غير مشروطة (Unconditioned)، وقد يكون الموقف الذي أثار القلق خطراً حقاً مثل القتال في الحرب (A Battle in War)، فالخوف المستثار هنا قد يكون مرتبطاً بأحداث تقع وقت إطلاق النار مثل رائحة

(Palpitation) وتسارع ضرباته (Accelerated Heart Rate) والتعرق (Sweating) والإحساس بضيق التنفس (Shortness of Breath) والإحساس بالاختناق (Feeling of Choking) وآلام في الصدر (Chest Pain) والإحساس بالغثيان (Nausea) والإحساس بالدوار (Feeling Dizzy) وبعدم التوازن أو الاستقرار (Unsteady) والغثاس (Faint)، وتقلص في المعدة (Abdominal Distress)، والإحساس بالحرق الحسي (Numbness)، والشعيريه (Chills)، والإحساس بالوخز (Tingling Sensation)، والخوف من فقدان السيطرة (Fear of Losing Control) والخوف من الموت (Fear of Dying)، والخوف من الجنون (Fear of Going Crazy)، والإحساس بتفكك الشخصية (Depersonalization) وعدم الإحساس بالواقع (Derealization)..... إلخ. وهذه الأعراض يفسرها المريض على أنها مهددة لحياته، وينتج عنها تصورات عقلية وأفكار سلبية كارثية، تعمل كلها على زيادة شدة القلق والتوتر أو الاضطراب لدى الفرد. وقد وجد جوزف ولبي أن علاج مثل هذه الحالات يعتمد على إجهاض نوبة الذعر أو الجزع والتخفيف من الاضطرابات الوظيفية العضوية بمساعدة بعض العقاقير، وبعد ذلك يمكن للاختصاصي في العلاج النفسي السلوكي استخدام طريقة الكف بالنعيق. ولأن ثبت من خلال التجارب العملية السريرية أن مثل هذه الحالات الشديدة غالباً ما تقاوم عملية الانطفاء أو عملية العلاج. وقد قام جوزف ولبي وغيره من المعالجين السلوكيين بعلاج مثل هذه الحالات بالطرق التالية:

١ - الطريقة الأولى: تعتمد على تقنية منع تزايد القلق والتوتر ليصل إلى مرحلة أعراض فرط التهوية الرئوية والتي تؤدي بدورها إلى الاضطرابات الوظيفية الفسيولوجية (أنفة الذكر) وذلك من طريق تعليم المريض أن يتنفس (عند ظهور هذه الأعراض) من أنفه ويغلق فمه وذلك لإجهاض نوبة الذعر أو الجزع، من غير إيذاء حالة القلق التي يمكن علاجها في ما بعد بطريقة الاسترخاء والكف بالتنظيم (محمد الحجّار - ١٩٨٧).

٢ - الطريقة الثانية: تعتمد على إحداث نوبة فرط التهوية الرئوية لدى المريض وذلك بأن يطلب من المريض أن يتنفس وبسرعة ولمدة (٩٠ ثانية) وذلك بكون عند إحساس المريض بقرب حدوث أعراض نوبة فرط التهوية الرئوية والاضطرابات

البارود، أو السماء الزرقاء، أو الفضاء المشع، أو أفكار الموت، أو آلام في الساق... والقلق قد يكون سبباً كما قد يكون نتيجة، بالإضافة إلى أنه سبب ونتيجة كما في حالة الصراع. ومثال ذلك حالة امرأة اقترنت بشاب تكرهه (Dislike Man)، ولكنها تخاف من فسح الخطوبة بسبب النقد الذي يوجّه من الأهل والأصدقاء. وهنا يتزايد القلق من الجهتها، وهذا شكاً من الاستحسان المتصاعدة شبه نمط الصراع من نمط الإحجام - الإحجام (Avoidance-Avoidance Type). إلا أن وسي يصيف فرضية على مستوى من الأهدية، وهي أن الفرد عندما يكون في حالة على الهامش أو الحدود (Bardeline) يحار في التحول من استجابة إلى أخرى. إن الحاجز (Barrier) للانتقال من مجريات حدث معين إلى الآخر الذي يخشى منه، هو الذي يسبب القلق، إن كلا جانبي الصراع يسهمان بحدوث القلق، ويعتبر ولبي هذا الشكل من الصراع (تجنب - تجنب) يلعب دوراً هاماً في حدوث القلق، ويعتبر شكلاً استثنائياً من أشكال الصراع المحدثة للقلق. وهناك مواقف تكون فيها استجابة الفرد محدّدة ويصعب اختيار بديل عنها وهذا ما يؤدي إلى قلق أكثر حدّة، وأحياناً تكون التحديات والعوائق البيئية حادة، مثلاً احتمال الاستجابة لدى فرد يوجد في معسكر الاعتقال (Concentration Camp)، أو في طائرة تحت وطأة هجوم وإطلاق القنابل. وفي هذه المواقف تكون الاستجابة المعدّة للفرد هي التي يكون قد اكتسبها، ويمكن أن تصبح الأفكار (Thoughts) بمثابة مستجرات للقلق، أو للاستجابات العصابية، وذلك عندما تصبح مشروطة إلى الحوادث التي تمثلها تلك الأفكار.

من ناحية أخرى إن بعض المواقف التي ليس فيها سبب خطر حقيقي في إمكانها أن تستجر (Elicit) قلقاً حاداً، مثلاً الخوف الذي يستجر من خلال الأحاسيس التناسلية، ولأنه مقترن بعقاب طفولي وحيث يكون قد تمّ تدريب الفرد في طفولته على أن الجنس والأحاسيس الجنسية عبارة عن إثم (Sinful) أو حرام.

### القلق واضطراب الذعر أو الجزع (Anxiety and Panic Disorder):

لقد اهتم جوزف ولبي بحالات القلق الشديدة التي تصاحبها أعراض ذعر وخوف وتوتر شديد، كما تصاحبها تغيرات عضوية وظيفية مثل زيادة سرعة التنفس (Hyperventilation) وفرط التهوية الرئوية وخفقان في القلب

## ٤ المخاوف المرضية (The Phobias):

تعتبر المخاوف المرضية من الأعصاب النفسية المكتسبة لدى ولبي، وللعنف

وتتوقع الشر، وشدة الحذر والحرص، والتهاون والاستهتار، والاندفاع وسوء التصرف والسلوك، والإجهاد، والصداع، والإغماء، وخفقان القلب، وتصيب العرق، والتقيؤ، والشعور بآلام الظهر، والارتجاف، والاضطراب في الكلام، والتبول اللاإرادي أحياناً، كما أن من أعراض الخوف المرضي السلوك التعويضي مثل النقد والسخرية والتحكم والتصنع بالوقار، والتصنع بالشجاعة، والوساوس، والأفعال القسرية، وأحياناً الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، ويصبح الخوف المرضي (الخوف) أحياناً عائقاً كما في حالة الامتناع عن الأكل في المطاعم، والامتناع عن التنزه وعن الرياضة، أو عن مغادرة المنزل، أو عبور الطريق، أو الامتناع عن العمل..... إلخ، وطبعاً فإن هذه الأعراض تختلف حسب شكل الخوف المرضي وموضوعه وشدته، وما يتركه من أثر في حياة الفرد الشخصية والعملية. وقد أمكن لبعض علماء النفس من خلال تجاربهم السريرية ودراساتهم العلمية حصر الأشكال التالية للخوف المرضي.

Ocophobia	١ - الخوف المرضي من الحشد والجماهير
Olfastophobia	٢ - الخوف من الروائح
Ophidiophobia	٣ - الخوف من الأفعى
Acousticophobia	٤ - الخوف من الأصوات
Socialphobia	٥ - الخوف الاجتماعي
Acrophobia	٦ - الخوف من المرتفعات
Cenophobia	٧ - الخوف من الأمكنة الفارغة
Cibophobia	٨ - الخوف من الطعام
Bacillophobia	٩ - الخوف من الأحياء المجهرية

فسيولوجية لديه، ويطلب من المريض أن يغلق فمه ويتنفس من أنفه، وحتى تُجهض نوبة لديه بعد ذلك تتم السيطرة على حالة القلق من طريق تقنية الاسترخاء والكفّ بالنقيض والتحصين المستمر.

٣ - الطريقة الثالثة: وتعتمد هذه الطريقة على استخدام خليط من ثاني أكسيد لكربون (CO<sub>2</sub>) مع الأكسجين حيث يستنشق المريض هذا الخليط وذلك حسب معايير دقيقة، وحتى يتم إحداث أعراض فرط التهوية الرئوية، وجعل المريض مزعج لمدة مؤقتة من الزمن بسبب استنشاق هذا الخليط الذي من شأنه أن يحدث ضيقاً في التنفس، ومع عملية تكرار أعراض فرط التهوية الرئوية، ينطفئ الخوف من هذه الأعراض تدريجياً وكذلك الخوف من القلق. وقد ثبت أن هذه الطريقة تخفف من الأعراض السيكوسوماتية (النفسية - الجسدية) مثل حالات الربو، والقرحة، والشقيقة، وتهيج القولون، وارتفاع الضغط الأساسي، والتهاب الجلد العصبي (Neurodermatitis)، وغير ذلك.

ووجد جوزف ولبي من خلال خبرته السريرية أن بعض حالات القلق تقاوم عملية العلاج، بينما حالات القلق التي لا يصحبها توتر شديد وتغيرات عضوية فسيولوجية تكون سهلة الانطفاء ويكون العلاج مضموناً، كما وجد أن بعض حالات القلق الحادة تنتشر نحو منبهات جديدة (عملية تعميم) لذلك يجب على المعالج أن ينتبه لمثل هذه الحالات التي تقاوم الاستجابات المضادة لهذه الحالات من القلق. لذلك يرى بعض المعالجين السلوكيين الحديثين أنه يفضل في مثل هذه الحالات وقبل البدء بتطبيق طريقة الكفّ بالنقيض، (وحتى تصبح حالة المريض أكثر استقراراً) أن يتم التعاون بين المعالج النفسي السلوكي والطبيب النفسي الذي يستعين بالأدوية النفسية، بعدها تطبق طريقة الاسترخاء والكفّ بالنقيض، وبعض المعالجين يلجأ إلى العلاج النفسي الاستبصاري (Insight psychotherapy)، والعلاج النفسي التدميمي (Supportive psychotherapy) وذلك قبل طريقة الكفّ بالنقيض، وقد وجد أن ذلك يساعد على زيادة التعاون بين المعالج والمريض ويحقق نتائج أكثر فاعلية، ويلجأ بعض المعالجين أيضاً إلى العلاج النفسي السلوكي - المعرفي إلى جانب العلاج بالكفّ بالنقيض.

## تفسير المخاوف المرضية:

تعتبر بعض المدارس النفسية كمدرس التحليل النفسي أن الخوف المرضي  
 الخوف المرضي - عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مرّ به  
 خلال حياته اليومية، وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة  
 مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالباً ما يجهله المريض، وعلى الرغم من معرفة  
 المريض غرابة خوفه وموقفه تجاه بعض مثيرات الخوف لديه، إلا أنه لا يستطيع  
 التحكم أو السيطرة على خوفه كما ذكرنا سابقاً، وذلك لأن هذا الخوف الخارجي  
 يكمن وراءه الخوف من شيء آخر داخل المريض، ومن ثمة فإن المريض لا  
 يواجه الصراع الداخلي بنفسه بل يحوِّله إلى مواقف خارجية رمزية، وبمعنى آخر  
 إن لعملية التحويل التي سبق أن أشرنا إليها دوراً دينامياً في عملية الخوف  
 المرضي، حيث تراح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك  
 بصورة لاشعورية، حيث ينتقل الانفعال من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولاً،  
 فمثلاً الخوف من المدرسة قد يكون بديلاً للخوف والقلق بسبب الانفصال عن  
 الأم، إذا الخوف المرضي من وجهة جماعة التحليل النفسي عبارة عن عملية دفاع  
 لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستهجنة، جنسية، أو عدوانية في الغالب،  
 فقد تشعر المرأة بالخوف من الوحدة ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من احتمال  
 قيامها بعلاقات جنسية شاذة أو محرّمة وترغب بها لاشعورياً.

أما بالنسبة إلى جماعة المدرسة السلوكية - والاتجاه السلوكي فإنهم يعتبرون  
 الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة - مكتسبة - تمّ تعلّمها من طريق عملية  
 الإشراف (Conditioning)، وذلك بأن أصبح المريض يخاف من بعض الظروف  
 التي اقترنت - زمنياً - بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة، ونتيجة لهذا  
 الارتباط يكتسب المثير غير الطبيعي - الشرطي عند بافوف<sup>(١)</sup> - صفات المثير  
 الطبيعي - غير الشرطي - فأصبح يفعل ما يفعله، ولما كان التعلّم الشرطي يتميز

(١) يمكن لتفريغ الاضلاع على نظريات الإشراف في التعلّم وأثر نظرية بافوف (Pavlov) ونظرية  
 سكينر (Skinner) في عمارة التعلّم في مراجع علم النفس التعلّمي.

Bathophobia	١٠ - الخوف من الأعماق والمرتفعات
Aichmophobia	١١ - الخوف من الأشياء الحادة
Daemonophobia	١٢ - الخوف من الأشباح والأرواح والجن
Cynophobia	١٣ - الخوف من الكلاب وداء الكلب
Climacophobia	١٤ - الخوف من التسلو
Aelurophobia	١٥ - الخوف المرضي من القطط وما شابهها
Ornithophobia	١٦ - الخوف من الطيور
Schoolphobia	١٧ - الخوف من المدرسة
Examenphobia	١٨ - الخوف من الامتحانات
Pathophobia	١٩ - الخوف من الأمراض
Xenophobia	٢٠ - الخوف من الغرباء
Zoo phobia	٢١ - الخوف من الحيوانات
Aerophobia	٢٢ - الخوف من الهواء والغازات
Agoraphobia	٢٣ - الخوف من الأماكن المكشوفة أو المعزولة
Claustrophobia	٢٤ - الخوف من الأمكنة المغلقة أو الضيقة
Eremiophobia	٢٥ - الخوف من الوحدة
Erythrophobia	٢٦ - الخوف من اللون الأحمر من حيث هو رمز للجروح أو الجنس
Genophobia	٢٧ - الخوف من الشبق الجنسي
Hedonophobia	٢٨ - الخوف من اللذة
Ichthyophobia	٢٩ - الخوف من السمك
Mellissophobia	٣٠ - الخوف من النحل (لدغة النحل)
Mysophobia	٣١ - الخوف من الأوساخ والعدوى
Gephyrophobia	٣٢ - الخوف من العبور فوق الماء (على الجسر)
Gynophobia	٣٣ - الخوف من النساء
Mecrophobia	٣٤ - الخوف من الجيف والأجسام الميتة
Nyctophobia	٣٥ - الخوف من الظلام والليل
Pyrophobia	٣٦ - الخوف من النار
Agyaphobia	٣٧ - الخوف من الماء

بأن العلاقة فيه بين المثير الأصلي والمثير الطبيعي ليس من الضروري أن تكون واضحة في ذهن المتعلم، كان من الممكن أن يستجيب المريض بنفس السلوك - الخفيف - أحداث شسعة بالمث، الأمل - عملية تعلم المثل - وهذا أن يعرف العلاقة بين هذه المثيرات وبين المثير الأصلي بخوف . وحتى لو ادرك المريض هذه العلاقة السيئة وحاول كبتها وإزالتها من ذكرياته أو من ساحة شعوره، لكن ذلك لا يعني أنه تخلص من خبرته حول هذه العلاقة كلية بل يبقى جزء من الموقف وهو وجه الشبه بين الموقف الحالي والموقف الأصلي، والذي سيصبح مثيراً للخبرة الوجدانية التي سبق أن مرّ بها، وكمثال على ذلك (حالة فتاة في الثلاثين من عمرها كانت ترفض الصعود إلى الطوابق العليا من الأبنية وفي مقر عملها خاصة، وكانت إذا اضطرت إلى ذلك بسبب عملها عادت مسرعة خائفة إلى الطريق العام، ولم تستطع الفتاة أن تفسّر هذا السلوك أو أن تعرف سبباً له، وهذا ما أدى بها إلى القلق والتوتر والألم... وبعد ذلك اشتد بهذه الفتاة المرض حتى بدت عليها أعراض أخرى مثل كثرة الحركة، واضطراب في النوم، وفقدان الشهية للطعام، والنرفزة، حتى أن مدير عملها اعتبرها موظفة قلقة لا يمكن الاعتماد عليها في العمل، ونتيجة لذلك نقلت إلى عمل آخر في الطابق الأرضي من المبنى، ولا شك أن انتقالها من عمل هامّ كانت تتقاضى عليه أجراً كبيراً إلى عمل أقل مكانة وأجراً، ترك أثراً سيئاً في نفسية الفتاة، وبدأت بوادر الشكوى والمرض بشكل أكثر وضوحاً عندما كانت تعمل في مكتب المدير لإنجاز بعض الأعمال، وقد كان هذا المكتب يقع في الدور الثامن في عمارة مرتفعة، وحدث لها أثناء عملها أن نظرت من النافذة فشعرت بالخوف الشديد، وخيّل لها أنها ستقع من النافذة، وهربت

(١) لزيادة الوضوح يمكن لتغاري مراجعة كتب علم النفس، والتعلم لكل من الدكتور أحمد زكي صالح، والدكتور فاخر عاقل، والدكتورة رمزية العريب...  
**ملاحظة:** إن التجارب السريرية تشير إلى ما يدعيه الافتراض بأن الامكن المغلقة، والحيوانات، والظلام، والحشرات... تعتبر مثيرات جاهرة للارتباط باستجابات الخوف أكثر من الورد. والغيوم، والحفلات، والنيوت، وقد يكون السبب أن مثل هذه الورد، والنيوت... غالباً ما ترتبط بسواقف الفرح، والمتعة، والأمان، أو الراحة لذلك فهي تقاوم الخوف أو القلق ولا ترتبط به. إن معظم المخاوف مكتسبة إلا ما ارتبط منها بالاستجابات العصبية. على مستوى المتكسبات مثل خوف الرضيع من الأصوات الحادة أو الهبوط المفاجئ من مستوى أعلى... إلخ.

فيحاة خارج المكتب باتجاه الشارع، ومنذ هذه الحادثة أصبحت لا تذهب إلى مكان عملها بانتظام، وتكرّر غيابها، وكانت تشعر بنفس الشعور عندما كانت تذهب إلى مكان عملها، وعلى الرغم من المحاولات لتحكم بسلوكها هذا، مرتفعة... وقد اتضح من خلال تحليل هذه الحالة، أن الفتاة كانت تحب رجلاً متزوجاً إلا أنه لم يعيش مع زوجته كما أنه لم يطلقها بسبب بعض التعليم الدينية، وقد كانت الفتاة تعاني من أزمة كبيرة من جراء ذلك. فتارة تقرّر قطع علاقتها بين تحب إلا أنها لم تستطع ذلك بسبب حبها القوي، واشتدت الأزمة إلى أن أصبحت تتخيّل أنّها حامل منه - حمل كاذب - وفي ذات يوم أرسل لها صديقها رسالة فيها كلمات حب ووداع، ثم احتفى بعدها من المدينة، وضايقها بشدة هذا الفراق وسبّب لها ألماً وشعوراً بالإثم لأنها تصورت نفسها في موقف المرأة الفاسقة، وهنا اشتد ألمها وفكرت في الانتحار (Suicide) من إحدى النوافذ المرتفعة التي كانت تقف أمامها أثناء عملها، إلا أن عملية الانتحار لم تتم بسبب فتح الباب فيحاة، والذي حدث بعد ذلك أن الخبرات هذه نسيت لأنها مؤمنة - حادثة الانتحار من النافذة - بينما الخبرات الوجدانية المصاحبة للحادثة لم تنس من جانب هذه الفتاة. كما أنّها أصبحت قابلة للتكرار من ضيق مثيرات مشابهة.

**ملاحظة:** جاء في كتاب لمعيار لمدونية انسحوص الاضطرابات النفسية (DSM-IV) لصادرة عن الجمعية الأميركية لطب النفسي أن الخوف هو حالة شعاعية شديدة أو متكررة وغير معتادة يصاحبها وقوع أحداث موقفة ما محدود، وخفيف ويهدد كدات مثل الخوف من الضم، من المرتفعات، من الحيوانات، من الحفلات، من الحفلات، من مشاهدة الدم... ومن المعرض لتشمل هذه المثيرات المحيطة بغير مباشرة حالة من ردود فعل القلق، والتي يمكن أن تأخذ شكل الاستعداد لحادث (Panic Attack) (والتي لا تصلح لظهور الأعراض على شكل كدمات، وحرق، والحمى والتهيج) والفرد يدرك أن هذا الخوف شديد وغير منطقي (الضلع قد لا يدرك ذلك)، ويحاول الفرد تجنب الموقف أو تستمر حالة القلق والضيق لديه، إن غلب عليه التجنب، وتلقيق من موضوع أو موضوع، والضيق تندخل أو توفّر وبشكل واضح في حياة الفرد اليومية، في العمل، أو في الأنشطة الاجتماعية... وتنتشر هذه الأعراض لدى الفرد دون عشر سنه، عشرة (١٠) على الأقل لمدة ستة أشهر، ويمكن أن يصاحب حالة الخوف هذه قلق، وبوية، فرغ، مع العمل على تجنب موضوع محدد أو موقف معين، ولا يستطع أن يصاحب ذلك أي مرض عضلي مثل حالات الوسواس القهري والخوف من الفئارة أو النوت أو حالة أعراض اضطراب بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder) أو قلق الانفصال وغير ذلك.

يلاحظ في قصة الفتاة أن هناك عملية كبت وتحويل وذلك حسب اتجاه التحليل النفسي، أما الاتجاه السلوكي وحسب جوزف وليبي فيرى أن مثل هذه المخاوف من الأماكن المرتفعة مكتسبة أو متعلمة، أي أن الفتاة تعلمت خلال سنواتها الأولى أن تكون خائفة من الأماكن المرتفعة. وقد لاحظ بعض الذين يشعرون بالذنب يمكنهم أن يعاقبوا أنفسهم بهذه الطريقة. وكذلك فإن الطفل قد يخاف من الوحدة لتبقى أمه إلى جانبه دائماً ويضمن عدم خلو الأب إلى الأم «جنسياً»، وبالإضافة إلى ما سبق تجدر الإشارة إلى أن الخوف قد يكون مصاحباً لعدة أمراض ولذا يجب عدم التسرع في تشخيص حالات الخوف، لأنها كثيراً ما تخفي أمراضاً أخرى، فالخوف قد يكون أحد أعراض القلق، أو أحد أعراض الهستيريا، وإذا ظهر الخوف المرضي بعد عمر الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب وجداني كما في ذهان المرح والاكتئاب (Manic Depression) (Psychosis)، أو كما في حالة اكتئاب سن اليأس (Involutional Melancholy). كذلك لا نستطيع إغفال احتمال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب شرايين المخ، ويظهر الخوف المرضي في حالة الفصام، وخاصة ما يسمى فصام المراهقة (Hebephrenic) الذي يبدأ باستجابات خوف غامضة، وكذلك يظهر لخوف المرضي في حالات البارانويا، وفي السلوك القهري، والوسواس... الخ. ومن الضروري أثناء تشخيص الخوف المرضي التمييز بينه وبين الخوف العادي. كذلك بين الخوف المرضي كمرض، وبين الخوف المرضي وكعرض لمرض آخر.

### المخاوف المعرفية والمخاوف الكلاسيكية (أو الإشرطية البافلوفية):

ميز جوزف وليبي بين المخاوف العصابية التي ترجع إلى أسباب معرفية مكتسبة من البيئة أو المحيط، وبين المخاوف الكلاسيكية المكتسبة من طريق الإشرط، وقد وجد وليبي أن الكثير من المخاوف العادية مرتبط بتهديدات واقعية تستند إلى ضية فكرية أو معرفية ويتم اكتسابها من قبل البيئة مثل الخوف من الأفاعي، أو زيادة الأسنان، بالرغم من أننا لم نتعرض إلى آلام حفر الأسنان. أو إلى أذى أفاعي..... فالخوف هنا معرفي، وقد يصل هذا الخوف العادي إلى حد الخوف مصابي المكتسب، ونحن نعلم أن المعلومات أو المعارف الخاطئة أو الناقصة قد

تسبب المخاوف (محمد الحجار ١٩٩٩)، مثل الفرد الذي يعتقد بأن كثرة الاستمناء يؤدي إلى الجنون، أما المخاوف الكلاسيكية الإشرطية فهي التي نخبرها ونتعرض إليها ميدانياً مثل الخوف من ركوب العربات بعد حادث الأمتحان بعد الفشل بالنتيجة، أو الخوف من الموت المفاجئ... الخ. وتبين وليبي أن هذا النوع من المخاوف الكلاسيكية أكثر انتشاراً لدى مرضى العصاب من المخاوف العصابية المعرفية. كما أن عوامل الاستعداد (Predisposing Factor) لعامل دوراً كبيراً في ذلك. فعندما يتعرض عدد من الأفراد إلى مواقف مؤلمة للخوف أو القلق فإن بعض هؤلاء هم الذين يظهرون استجابات خوف عصابية وليس الجميع، وهذا يعني وجود فروق فردية من حيث الاستعداد للإصابة بعصاب الوسواس وقد أكد على ذلك (R. Simond) من خلال دراسته عام ١٩٤٣ على ٢٠٠٠ حالة عصاب خوف ووسواس لأفراد من سلاح الجو الملكي البريطاني خلال الحرب العالمية الثانية، وتبين من الدراسة وجود حالة توتر نفسي وقلق لدى (٩٩٪) من الحالات (قلق سمة Trait Anxiety)، كما وجدت علاقة بين شدة التوتر النفسي المؤدي إلى ظهور العصاب ودرجة الاستعداد، أي صورة الحساسية الانفعالية السابقة، فالفرد الذي كان على درجة عالية من الحساسية الانفعالية قبل الموقف كان أكثر عرضة للقلق الشديد في ظروف معينة مقارنةً بفرد آخر ذي حساسية انفعالية منخفضة أو باردة. ولا ننس أن التعب والالتهابات والأدوية تؤثر كلها على عامل الاستعداد المسبق للإشرط العصابي، كما أن التوتر النفسي والقلق في الأعصاب يحدثان تغييرات في وظائف الجسم مما قد يحدث اضطرابات سيكوسوماتية تجعل الفرد أكثر استعداداً لتعرض لحالات الأعصاب.

### ٥ الوسواس القهرية (Obsessive Compulsive Disorders) (OCD):

أشرنا سابقاً إلى أن جوزف وليبي ينظر إلى الوسواس القهرية على أنها مكتسبة أو متعلمة من خلال تجارب الحياة المؤلمة، وهي دليل على وجود حالة قلق وتوتر وخوف تابعة من مشيرات تحرض أو تثير هذه الوسواس وتقترب بها، لهذا فإن الوسواس تصح ملحة وتدريية وشبه ثابتة مع عملية التكرار وضعف قدرة الفرد على

الوسواس عانوا في حياتهم من مشكلات حياتية، وضغوط نفسية، ومن توترات ومخاوف، ووهن الطاقة (Anergia)، بالإضافة إلى عامل الوراثة والاستعداد العصبي... وقد لاحظ ولبي أن بعض مرضى الوسواس لا يستطيعون تحقيق

إلا أنهم يستفيدون من عملية العلاج بالكفّ بالتقيض والتحصين المنظم ومن الطرق السلوكية النفسية الأخرى...

### أمثلة عن بعض الوسواس القهري

- ١ - تتتاب بعض الأمهات فكرة ملحة أن أولادهن في خطر إذا تأخر الابن عن المدرسة.
- ٢ - مريض تراوده فكرة أن أحد الرجال سيسرقه وهو يعلم أن هذا مستحيل.
- ٣ - امرأة تتتابها فكرة أن فتح النوافذ سيؤدي إلى دخول اللص عليها. لذلك كانت تقفل أبواب الدار كاملة.
- ٤ - فتاة تتتابها فكرة أن الجلوس في المرحاض سيؤدي بها إلى التلوث من الرجال، وأنها قد تصبح حاملاً. لذلك صممت لها مرحاض خاص لها.
- ٥ - امرأة تراودها فكرة رضاعتها مع زوجها من مرضعة واحدة وأن زواجها غير شرعي.
- ٦ - مريض تتابه فكرة ملحة بأن يضرب أو يصفع الإنسان الذي يقبله أو يتحدث معه (وسواس عدوانية Aggressive Obsessions).
- ٧ - مريض تتابه فكرة دفع صديقه أو أحد أفراد أسرته من الدفلة...
- ٨ - مريض تتابه فكرة القاء نفسه من الطابق العليا، أو تحت القطار.
- ٩ - مريض تتابه فكرة الضحك والمهينة في مآثم.
- ١٠ - مريضة تتابه فكرة أنها قد تغيب عن الوعي وتدفن وهي حية.
- ١١ - مريض تراوده فكرة اغتصاب ابنته وكان يستدر باليكه والابتعاد عن ابنته.
- ١٢ - سيدة تتابها رغبة ملحة في ذبح ابنتها الوحيدة وكانت لا تدخل المطبخ وتخاف من السكين.
- ١٣ - مريض تتابه فكرة أن كل شيء لونه أحمر هو عبارة عن دم ملوث وكان يمتنع عن تناول كل ما لونه أحمر.

مواجهة ذلك، وجوزف ولبي لا يوافق جماعة التحليل النفسي على أن للوسواس والأفكار التي تتتاب الفرد معنى رمزياً مقترناً ببعض الخبرات أو التجارب النفسية الصادمة أو المؤلمة، وأن هذه الوسواس هي تنفيذ لآليات نفسية لاشعورية، وهي لا

يأتي من الشعور بالقلق والفرد. وجماعة التحليل النفسي يؤكدون على أن الوسواس تسهم في إضعاف القلق والتوتر أو الخوف لدى الفرد، بينما يرى جوزف ولبي أن مستوى القلق يزداد لدى الفرد بعد تنفيذ الطقوس الوسواسية، ولأن المريض يعاود تقييم ذاته السلبية، وتقييم عملية الفشل وعدم القدرة على السيطرة التي امتدت على مدار سنوات. وجوزف ولبي لا يفسر لنا وبدقة كيف تُكتسب هذه الوسواس، إلا أنه في بعض كتاباته (Beech H. 1969) يذكر أن هذه الوسواس تتسلل إلى تفكير الفرد وسلوكياته بشكل غير واع أو غير معلوم، وهو يرى أن الوسواس إما أن تكون محددة، أو تكون على شكل وسواس معقدة نسبياً، وتكون على شكل أفكار وتتابعات حركية أو سلوكية، أي أنها وسواس تجمع بين النمط الفكري والنمط السلوكي أو الحركي، وهي غالباً ما تمثل حرجاً أو خوفاً للفرد بسبب إلحاحها وسيطرتها، وخاصة الوسواس التي تحمل في طياتها أفكار عدوان، أو إيذاء الآخرين، أو الخروج عن المألوف... كما هو الحال في إلحاح فكرة الاستعراض الشبقي الجنسي لدى بعض الوسواسيين. والوسواس عبارة عن أفكار (Thoughts) أو تصورات ذهنية (Images) أو اندفاعات سلوكية جبرية (Compulsive Behavioural Impulses) وهي تتردد بشكل مُلح متكرر، أو بشكل متسلط على الفرد، وبصحبها خوف وتوتر وقلق واضطراب في الوظائف الحيوية والحياتية، والفرد يدرك سخافتها ولاعتدلايتها، وأن لا مبرر لها، ومع ذلك فهو لا يستطيع مقاومتها، أو السيطرة عليها، وتنفش محاولاته كلها في ذلك، مما يجعله يشعر بالآلم واليأس والإحباط، وهذه الوسواس قد تستند لفترة سنوات. ويرى جوزف ولبي أنها قد تقاوم العلاج أحياناً، ويستطيع المريض أن يدرك أن هذه الوسواس نابعة من ذاته أو من داخله، أو من داخل تفكيره، ودون أن يتمكن من تفسيرها أو فهمها وكيفية حدوثها. وعملية الوسواس تستنفذ من الفرد المريض الكثير من الوقت والجهد، وتؤثر على مجالات حياة الفرد الأسرية، والمهنية، الاجتماعية، والدراسية، والصحية وغيرها، وقد وجد ولبي أن معظم مرضى



وبشكل عام فإن هذه الأفكار (Ideas) أو التصورات والأفكار لا تعتبر وساوس مرضية إلا إذا توفرت فيها الشروط التالية:

- ١ - تكرار نشكاري غير عادي أو غير منطقي ودون هدف أو مبرر له، ويكون ذلك على مستوى الوعي أو شعوري، ويسمى بالـ «Obsessions» (توسوسات) ويلاحظ التكرار بنمط معين.
- ٢ - لا يستطيع الفرد مقاومة ذلك.
- ٣ - الأفكار والتصورات أو الأفعال تكون خالية المعنى أو القيمة أو الهدف.
- ٤ - تسبب اضطراب في وظائف الفرد الحياتية والوظائف الشخصية، ويكون هذا الاضطراب على شكل استجابة تجنبية تمنع حدوث ما لا تحمد عقباه من وجهة نظر المريض.
- ٥ - معاناة المريض للقلق والخوف والتوتر.
- ٦ - يلاحظ جهود المريض على مدى سنوات للتخلص من ذلك بدون فائدة، والخوف من تحول الفكرة، أو الاندفاع بالسلوك إلى حقيقة فيرتكب الفرد جريمة، أو حادثاً، وأعراض نوبة الوسواس تكون متقطعة تظهر بين الحين والآخر على شكل نوبات، والمدة الفاصلة بينها تكون أقل شدة وألماً للمريض.

### التشخيص (Diagnosis) والتشخيص الفارقي (Differential Diagnosis):

يعتمد تشخيص حالات الوسواس القهري على النقاط التالية:

- ١ - دراسة حالة المريض، ومشكلاته الأسرية والاجتماعية والبيئية...
- ٢ - المقابلة الإكلينيكية مع ملاحظة أن المريض يستع عن بعض المعلومات لأنها تقلل من شأنه، كما أنه يتضيق من ذكر مشكلته، ونجده في حديثه يركز على أعراض الخوف والتوتر والاكتئاب... والقلق، والابتعاد عن موضوع الوسواس.
- ٣ - استخدام الاختبارات النفسية (Psychological Tests):  
 أ - اختبار التقدير الذاتي (Self Report).  
 ب - اختبارات عقلية لتقييم الحالة العقلية للمريض.

١٤ - امرأة تخاف من التلوث فكانت تغسل يديها كلما صافحت أحداً، أو أخذت قطعة نقود منه، حتى أصبحت تغسل الهاتف والتلفاز وكل ما يلمس.

١٥ - امرأة تغسل يديها (Handwashing) وتستخدم بعد كل عملية بيوت، و... الطمط، حتى أنها كانت تنام في ألبانيو مما أدى إلى مرضها.

١٦ - القيام بأفعال قسرية متتابعة (Serial Compulsive Acts) على شكل طقوس نمطية (Ritual Acts). مثل النظام القسري في ارتداء الملابس، والمريض إذا خالف النظام فإنه يعيد الارتداء، كما نلاحظ ترتيب الأشياء بشكل دقيق (Ordering) تكرار الصلاة (Praying)، تخزين الأشياء دون هدف (Hoarding)، عد الأشياء أو الأرقام (Counting)، مثلاً مريض كان يعد شعير ذقنه بعد الحلاقة (Arithmomania).

١٧ - مريض كان يبحث في الأوراق الملقاة في الشوارع وفي سلات المهملات حتى لا يكون اسم الله عز وجل عليها.

١٨ - الثرثرة القسرية والكشف عن أسرار الناس.

١٩ - تكرار نغمة موسيقية بشكل مستمر وقسري رغم أن الفرد يكره هذه النغمة.

٢٠ - تكرار إغلاق الأبواب، والنوافذ، وتفحص أجهزة الغاز (مصادر خطر وتهديد على الفرد).

٢١ - السحر القسري (Compulsive Magic) مثل الاعتداد بالأحجية والتمايم، وتكرار جملة أو عبارة قبل البدء بعمل ما...

٢٢ - الوسواس المناهضة للمجتمع (Anti-Social Compulsive Acts) مثل السرقة القسرية (Kleptomania) والتطلع الجنسي (Scopophilia) والاحتكاك بالغير أو اللمس الجنسي (Frotteus) أو جمع أشياء مثيرة جنسياً (Compulsive Fetishism) (\*).

(\* ملاحظة: هناك عدد من مرضى الوسواس لا يرون في سلوكياتهم أمورا لا معنى لها أو غير منطقية بل يرون أن هناك أسبابا كافية وأن سلوكهم القسري يمنع من حدوث كوارث، حسب اعتقادهم، ومثل هؤلاء لا يستجيبون إلى العلاج السلوكي بشكل جيد كما أن حالتهم تكون أقرب إلى حالة الذهان.

ج - اختبارات تقيس الوسواس مثل:

١ - اختبار (MMPI) حيث يلاحظ ارتفاع مثلث العصب.

٢ - اختبار هودجستون، ورتشمان (١٩٧٧).

٤ - اختبار ليتون وكوبر (Cooper & Leyton) (١٩٧٠).

٥ - اختبار ساندلر (١٩٧٦).

٤ - الرصد الذاتي للسلوك الملاحظ (Behavioural Self Monitoring) من طريق سجل خاص يومي لتحديد عدد مرات توارد السلوك أو الأفكار، وكذلك لتحديد الخط القاعدي (Baseline) لدى المريض. كما يرصد في هذا السجل عدد مرات تكرار السلوك، ومدة السلوك (Duration)، ونوع السلوك الوسواسي، وشدة السلوك الوسواسي.

٥ - استخدام أجهزة التغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback) لتحديد الخط القاعدي قبل وبعد تعرّض المريض للتوترات الناتجة عن الوسواس والاستجابات الفسيولوجية. ويمكن استخدام جهاز (GSR) مثلاً.

٦ - من الضروري تقييم دور أعضاء أسرة المريض، لأن بعض الأعضاء يسهمون في سلوكيات المريض الوسواسية، مثل المريضة التي تطلب إعداد الطعام في الطابق السفلي من المنزل، أو المريض الذي يكلف أحد أفراد أسرته في قيادة السيارة لأنه يخاف من ذلك، وللأسرة دور كبير في سلوك منع الاستجابة داخل المنزل وفي مساعدة المريض لتتوقف عن سلوكياته الوسواسية.

١ - الرجوع إلى المعايير العلمية الواردة في كتاب (DSM-IV) أو كتاب (ICD-10) لتشخيص حالة الوسواس.

نقد وجد أن الوسواس يمكن أن يكون عرضاً لاضطرابات نفسية، وفي هذه الحالة تكون بصدد الاضطرابات الأخرى وليس حالة وسواس، مثلاً يلاحظ في اضطرابات الطعام، انشغال المريض بالطعام، كما نلاحظ الانشغال بتنف الشعر في هوس حالة تنف الشعر (Trichotillomania)، والانشغال بالعقاقير في حالة لإدمان، وبالآلام في حالة توهم المرض، وبالإثارة الجنسية أو التصورات الجنسية

في حالة (Paraphilia) مثلاً، والانشغال بمشاعر الذنب في حالة الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، وأيضاً الفصام حيث توجد الهلوسات... إلخ. وبشكل عام إن درجة شدة الخوف والقلق لدى الوسواسي هي أقل من حالات القلق والخوف

ينشغل المريض بالأفكار الوسواسية وليس بموضوع الخوف، كما أن الأعراض الوسواسية يمكن أن تترافق مع أعراض الاكتئاب حيث يكون الاكتئاب ثانوي.

لا يأتي مريض الوسواس غالباً للمعالجة إلا بعد مضي أشهر أو سنوات على حالته، وهو يُعالج عادةً باتباع الطرق التالية:

١ - العلاج الطبي الدوائي بواسطة العقاقير النفسية ومضادات الاكتئاب والقلق مثل (Prozac)، (Ludimil)، (Aurix)، (Faverin)، (Tryptizol)، (Tofranil).... إلخ.

٢ - علاج بيئي يهدف إلى تغيير مكان عمل المريض، أو سكنه، أو تغيير الظروف المحيطة به من أجل الابتعاد عن مصدر الوسواس (إذا كان له علاقة بالأمور المادية)، وكذلك الابتعاد عن البيئة الدافعة للاضطرابات النفسية والمثيرة للقلق والخوف والتوتر وما شابه ذلك.

٣ - علاج نفسي - سلوكي - معرفي (Cognitive Behavioural Psychotherapy).

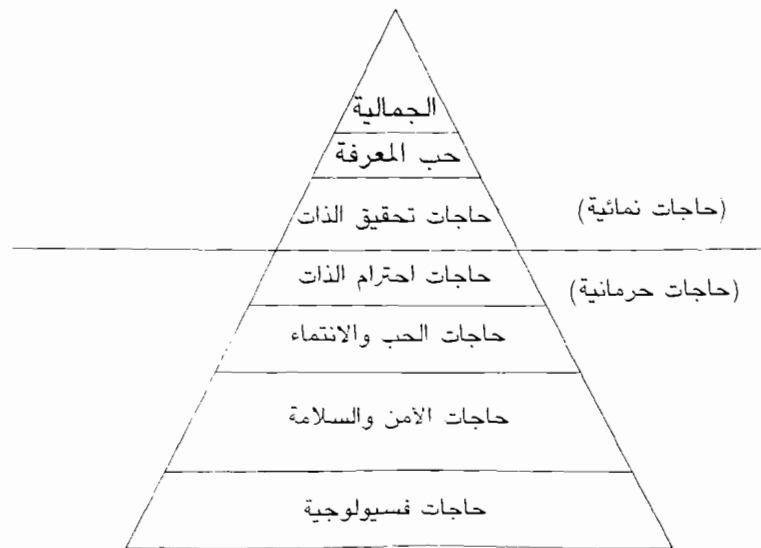
٤ - العلاج النفسي الديني أو الإيساني ويهدف إلى تحرير المريض من الخوف ومن سيطرة الحظية والشعور بالذنب والضعف، وفتح باب الأمل والتوبة والرجاء والطمأنينة وترسيخ الإيمان بالله عز وجل وما جاء في كتابه وسنة نبيه وأصحابه.

٥ - العلاج النعول هو العلاج التكاملية الطبي، النفسي، البيئي، والعلاج بالعمل، والعلاج الذاتي... إلخ.

٦ - لا بد من متابعة المريض وتطبيق اختبارات بعدية (بعد العلاج)، وكذلك تحديد الخط القاعدي لحالة المريض بعد إجراءات العلاج.

(Metabolic Changes) في العضلات وتؤدي إلى نشاطها، وكذلك التوتر الناتج عن امتلاء المثانة (A Full Bladder)، والنشاط الجنسي الناشئ عن زيادة كمية الهرمونات الجنسية في الدورة الدموية... إن كل هذه الأحداث الفسيولوجية تعمل وظيفياً من خلال تأثيراتها العصبية فتؤدي إلى استجابات حركية، هادفة، نشطة. إن شدة الاستجابة (Strength)، أو شدتها (Intensity)، وينتج عنها استجابات حركية أكثر قوة وشدّة واستمراراً من الحاجات الأخرى ذات الطابع الاجتماعي، ويترتب على نقص الحاجات مشكلات تدفع الفرد للبحث عن حل لها (والحاجات قد تكون شعورية أو غير شعورية....)، والعالم الأميركي أبراهام ماسلو صنف الحاجات إلى حاجات حرمانية (Deprivation Needs) وهي الحاجات الفسيولوجية الأساسية، والحاجات النمائية (Developmental Needs)، وتعتمد قوة الدوافع على إشباع هذه الحاجات وأقواها مثل الحاجات الفسيولوجية التي تقع في قاعدة الهرم حسب تصوّر ماسلو. ويتفق وليبي مع تصوّر ماسلو للحاجات إلا أنه يرى أن هذا المخطط ما زال يحتاج إلى دعم بالكثير من البيانات والدراسات، وخاصة أن وليبي يرى أن بعض الحاجات النمائية والنفسية لا تقلّ خطورة أو أهمية أو دافعية عن الحاجات الحرمانية.

والشكل التالي يبيّن تصوّر ماسلو للحاجات:



Reciprocal Inhibition

Relaxation Therapy

Self-Assertiveness

Systematic Desensitization

Imaginal Exposure

Response Prevention

Systematic Desensitization

Thoughts Stopping

Self Control

Flooding of Anxiety

Attention Distraction

Insight Psychotherapy

Supporting Psychotherapy

١ - طريقة الكف بالتقيض

٢ - العلاج بالاسترخاء

٣ - طريقة التأكيد الذاتي

٤ - التعرض الجسدي المباشر

٥ - التعريض التخيلي

٦ - منع الاستجابة (أو الضيق الوسواسية)

٧ - طريقة التحصين المنظم

٨ - طريقة إيقاف الأفكار

٩ - طريقة الضبط الذاتي

١٠ - طريقة الغمر بالمثيرات المقلقة

١١ - طريقة العلاج بتشتيت الانتباه

١٢ - العلاج الاستبصاري - التفسيري

١٣ - العلاج النفسي التدميمي

## ٦ مفهوم الحاجة (The Need):<sup>(١)</sup>

اهتم جوزف وليبي بمفهوم الحاجة لدى الإنسان وهو يرى أن الحاجة عبارة عن مصطلح يشير إلى وجود نقص لدى الفرد، كما يشير إلى الإحساس بالحاجة لشيء ما (Feeling of Wanting Something) وإلى مشكلة عدم الإشباع، أو عدم الرضا (Unsatisfaction)، وعادة تظهر الحاجة من طريق إحداث سلوك أو نشاط يهدف إلى إشباع هذه الحاجة، مثل الطعام، والراحة من التعب، والإشباع الجنسي، وبصورة أدق الحاجة عبارة عن حاجة فسيولوجية (Physiological State)، ومع أن الكثير من الحاجات غير معلوم أو محدد حتى الآن فإن تباينها الشديد (Their Great Diversity) واضح، ومثال على ما يذكره وليبي مثل جفاف الفم، أو جفاف الحنجرة بسبب نقص سوائل الجسم (Body Fluid)، والتغيرات التي تطرأ على عملية الأيض

(١) فيصل محمد خير الزراد: مشكلات المراهقة والشباب، دار المعارف، بيروت (١٩٩١) مفهوم الحاجة.



- ❖ تعلم السلوك العصابي.
- ❖ الشعور والأفكار.
- ❖ الكفّ الرجعي.
- ❖ محو التعلم.
- ❖ الكفّ بالنقيض.
- ❖ خصائص السلوك العادي.
- أهداف العلاج النفسي السلوكي.
- شروط تعديل السلوك.
- تدريب المعالجين ومعرفة الاضطراب.
- المبادئ التي تؤدي إلى تغيير السلوك.
- ❖ استجابة تأكيد الذات.
- ❖ الاستجابات الجنسية.
- ❖ استجابات الاسترخاء العضلي.
- ❖ الاستجابة التنفسية باستخدام ثاني أكسيد الكربون.
- ❖ الاستجابات الحركية الشرطية التنادسية.
- ❖ استجابة التكرير أو التنفير.
- ❖ الاستجابات السارة في مواقف الحياة.
- ❖ المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودّية - عاطفية.
- ❖ استجابات تعمل على تخفيف القلق.

## تعليم السلوك العصائبي (The Learning of Neurotic Behaviour) لى جوزف ولبى:

أشرنا سابقا إلى أن جوزف ولبى يؤكد على أهمية الفهم الكامل لنظرية كلاهمل فى التعلّم، وقد وجد أن الأعصبة أو السلوك العصائبي (Neurotic Behaviour) عبارة عن عادات متعلّمة ومتأصلة وغير توافقية، وذلك لى فرد سليم من الناعضوية، وأن القلق يلعب دوراً أساسياً فى العصاب، وعادة ما تكون الأعص عرضاً (Symptom) أو نتيجة لموقف مؤلم، لذلك فإن المهمة العلاجية (Therapeutic Task) تعتمد على إجراء عملية فصل بين الارتباطات المتعلّمة، بين المواقف الحياضية السابقة (Previously Neutral Situational) وبين الشيرا (Stimuli)، وبين استجابات القلق أو الخوف، أو العادات غير المتكيفة (Unadaptive Habits) والتي تترتب على استجابات القلق، أو التي تتم فى اقتران زمنى (ومكانى) وبحيث تؤدى هذه الأحداث المسببة للقلق إلى الاقتران استجابة مضادة لاستجابة القلق. وفى طريقة جوزف ولبى يتم منع القلق الحدوث، وتصبح الرابطة بين الأحداث المثيرة وبين استجابة القلق ضعيفة (Weakened)، وبعد محاولات عدة كافية من التدريب يتم إطفاء السلوك العصائبي أو استجابة القلق بصورة تامة (Completely Extinguished). وقد توصل ولبى إلى نماذج مختلفة من الاستجابات التي تعارض القلق (سنأتي على ذكرها فى ما بعد وبعض هذه الاستجابات المختارة أكثر فاعلية (Most Effective) من غيرها، وله فإن التشخيص الفارقي (Differential diagnosis)، وكذلك الفروق فى العاه تعتبر من مزايا طريقة جوزف ولبى فى الكفّ بالنقيض.

يتعلّم السلوك العصائبي لى ولبى عن طريق عمليات الإشر

(Conditioning)، ويمكن أن يمحي بصورة آتية إذا تمكن المعالج من ترتيب ظروف المناسبة لذلك (Appropriate Conditions)، وبشكل يتم فيه الاقتران الزمني (Temporal) والمكاني (Spatial)، لهذا فإن مفاهيم مثل الاستبصار (Process)، والاستجابات الرمزية (Symbolic Responses)، والأفكار (Thought)، واليقظة (Awareness)... وهلم جرا (And so Forth) ليس لها أي قيمة أو معنى في طريقة جوزف ولبى أو في تفسير السلوك العصابي.

والسلوك العصابي (كما نوهنا سابقاً) يشمل على مختلف أنماط السلوك التي لباً ما تتصف بحالة قلق (Anxiety)، أو خوف (Phobia)، أو إحباض (Frustration)، أو الهستيريا (Hysteria)، والنيوراستينيا (Neurosthena)، أو حالات الوسواسية (Obsessional)... ويستبعد من ذلك الحالات الذهانية (Psychosis) مثل مرض الفصام (Schizophrenia) وغيره. وذلك لأنه يفترض أن أمراض الذهانية تنشأ من حالات عضوية غير سويّة (أي إصابة عضوية).

ويضيف جوزف ولبى أمثلة أخرى تدلّ على اضطرابات سلوكية ذات منشأ عضوي، مثل أنواع السلوك الناتجة عن إفراط فرز الغدة الدرقية (Hyperthyroidism) وحالات الصرع (Epilepsy) ومرض البري بري (Beri-Beri)... لذلك فإن مقترحات ولبى في العلاج النفسي بطريقة الكف بالتقيض بين على الاضطرابات السلوكية العصابية فقط.

ويسأل جوزف ولبى لماذا تنمو بعض الأعصاب نتيجة معاناة الفرد من حالة قلق يدا؟ وهو يرى أن هناك بعض الفروق الفردية بين الأفراد من هذه الناحية، فإن فراد من لديه ميل أو استعداد للاستجابة بالقلق، وكذلك استعداد لتطور السمات السلبية. لذلك فإن ولبى يهتم بعامل الاستعداد (كما أسلفنا)، ولكن كذلك من الأفراد يتعرضون إلى الأعصابية دون غيرهم، في المواقف والظروف نفسها. وبجوزف ولبى على ذلك بأن ردود الفعل العصابية تختلف من فرد إلى آخر، بسبب تراكم حالات القلق الشديدة والمزمنة، والظروف التي تسببها الفرد، في تجعله أكثر ميلاً من الآخرين للاستجابة لمدافع ردود فعل عضوية، ولذا في تلك الظروف التي تهيئ لذلك (علاوة على عامل الفروق الفردية، والاستعداد

النفسيولوجي). وحيث نجد أن البعض يستجيب بقلق حادّ (Acute Anxiety)، والبعض الآخر يستجيب للمواقف نفسها بقلق خفيف (Mild Anxiety). يضاف إلى ذلك أن الحساسية العاطفية لدى الفرد قد تزداد بفعل الاكتساب والتعلم،

تظهر العصاب لديهم، ويكون استعدادهم أكبر لكي يكتسبوا استجابات قلق غير مناسبة ويترتب عليها اضطراب شديد (Severe Disorder)، هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل ظروف التعب أو الإعياء (Fatigue)، والعقاقير (Drugs)، والهرمونات (Hormones)، وعوامل كيميائية أخرى والضعف العام، وفقر الدم، وقلة النوم... إلخ. يضاف إلى ذلك أن الاختلافات في الأنماط السلوكية قد تكون نتيجة لاختلاف الثقافات، وأن الشخص العادي السوي والمتوافق تماماً هو شخص غير موجود في الواقع، وعلى المعالج أن يحدّد أيّاً من العادات العصابية تجب إزالتها، وأي سلوك سويّ سيحل محلها (Should Replace Them) وماذا سينتج عن ذلك... وسأل ولبى ما هي خصائص العصاب الذي يتعلمه الإنسان؟ وللإجابة عن ذلك يرى ولبى أن الأعصاب متنوعة، ونماذج القلق غالباً ما تكون صورة لعرض، ولكن ليس دائماً، كما أن القلق غالباً ما يكون متضمناً في الموقف التعليمي، وولبي في هذا لا يتحدث عن التناذرات النمطية (Typical Syndroms)، فعلى سبيل المثال إن ولبى يشير إلى حالات القلق الحادة، وحالات متنوعة أخرى لها علاقة بالقلق والخوف والتوترات مثل قرحة الاثني عشر (Peptic ulcer)، والوساوس الهذائية (Paranoid Obsessions)، والهستيريا، والشلل الهستيري، والاكتئاب التفاعلي (Reactive Depression)، والخوف من الأماكن المسيحة، والخوف الداخلي العميق... إلخ. وآراء ولبى مستمدة من خلال هذه الحالات، وهو يرى أن معظم السمات البارزة في هذه الحالات هي سمة الخوف أو القلق المثارة من جانب الآخرين، ولقد كان واضحاً من هذه الحالات أن استجابات القلق يتولد عنها كف رجعي، لهذا فإنه يوجد أساس ضعيف لظهور الكف الشرطي. من ناحية أخرى إن العديد من الأعراض تتعلم من أجل أن يتجنب الفرد المواقف المقلقة، لهذا من غير المتوقع للفرد أن يكرّر مواقف أو تجارب تؤدي إلى ذلك، ويجب على الاخصائي أن ينظر إلى السلوك العصابي كمحصلة لحالات

خوف غير معقولة (Unreasonable Fears)، وهذه الحالات لا يُشترط فيها أن تكون متصلة مع بعض، لهذا فإن المخاوف والأعراض المختلفة قد تنطفئ (Extinguished) ودون أن نتوقع بالضرورة أن تحل محلها أعراض أخرى، وهذا الافتراض يظهر أنه في تخطات العلاج. والواقع أن ألم عندما يعرض الشخص نظره حول السلوك العصائبي وعن الأعصبة نجده عرضاً عاماً عن اسباب الأعصبة (Etiology of Neuresis)، وهو ينظر إلى الأعصبة البشرية الإكلينيكية على أنها نفس الأعصبة لدى حيوانات التجارب التي قام هو بدراستها، (إلا أن الدراسات المتقدمة حول الأعصبة أكدت على وجود فروق نوعية وجوهريّة بين أعصبة الإنسان وأعصبة الحيوان....) وكما أشرنا في حديثنا عن (تجارب ولبى حول سلوك حيوانات القطط). بشكل عام إن جوزف ولبى قام بعلاج العديد من الحالات السلوكية العصائبية وقد صنفها على النحو التالي:

١ - اضطرابات عضوية المنشأ ذات أصل عضوي أو بيوكيميائي.

٢ - اضطرابات ترجع إلى تعلم خاطئ وعادات عصائبية مكتسبة ويدخل في هذا الإطار:

أ - الأعصبة النفسية (Psychoneuroses) مثل الخوف، القلق، الوسواس ...

ب - عادات مضطربة مثل قضم الأظافر، الغضب، التبول لإرادي، هوس نطف الشعر...

ج - الشخصية السيكوباتية (الضد اجتماعية).

د - الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل، وقد استخدم جوزف ولبى وفشر (١٩٨٠) طريقة العلاج النفسي التنفيري (Aversion psychotherapy) في علاج هذه الحالات.

## ٢٣ الشعور والأفكار (Consciousness and Thoughts):

هذه التوضيحات حول الشعور والأفكار ستكون للوظيفة النظرية العصائبية، ولم يعطها جوزف ولبى دوراً هاماً في السلوك كما تفعل معظم النظريات، إن مضمون كلمة الشعور، والأفكار والتصورات (Images)، والأحاسيس (Sensations)، تحدث كلها ارتباطات (Correlates) عصائبية مع مشيرات حيادية، وتشكل كلها ردود

فعل واحدة (Unique) للملاحظ (Observer). ومثل هذه الارتباطات قد تؤدي إلى سلوك حركي. ويرى ولبى من خلال تطبيقاته أن في الإمكان استرجار مثل هذه الأنشطة العصائبية (أي التصورات والأفكار)، في الإجراءات العلاجية السلوكية. من أجل ذلك فإنه قد يكون من المفيد أن نذكر بعض الاستجابات العامة نفسها كما لو كان هذا الوضع في الواقع أو واقعي. إن التصورات الشعورية (Conscious Images) تعتبر من العناصر الحسمة (Crucial) في تتابع السلوك الذي أشرنا إليه سابقاً، وبشكل عام فإن ولبى لا يعطي الاستجابات الرمزية (Symbolic) أهمية كبرى في افتراضاته، بالرغم من أن الدراسات النفسية التي جاءت بعده أكدت على أهميتها ودورها في عملية العلاج النفسي. وبالرغم أيضاً من أن ولبى استخدم هذه الاستجابات في حالات التحصين المنظم التخيلي.

## ٣ الكف الرجعي (Reactive Inhibition):

أشرنا في السابق إلى أن ولبى يعتبر مبدأ الكف الرجعي من المبادئ الهامة في طريقته الكف بالنقيض. وبغض النظر عن دور التعزيزات، وعن كف الاستجابة الجديدة للاستجابة القديمة، فإن معظم الاستجابات تحدث خلال فترة زمنية (Period of Time) محددة، والاستجابة الأقوى تكف الاستجابة الأضعف وتميل إلى الحدوث بشكل أكبر، ولكن في حالة غياب الاستجابة الأقوى فإنه يمكن أن تظهر الاستجابة السابقة، مثل حالة الإسراف في الملمات (State of Dissipates). والواقع أن الاستجابة عندما تحدث تكون موجهة من الجهاز العصبي المركزي مثل الإثارة العصائبية التي غالباً ما تحدثه وظيفة الدافعية التي تسبق عملية التعلم للاستجابات الجديدة.

## ٤ محو التعلم (Unlearning):

إن عملية التعلم التي أشرنا إليها سابقاً تتم كذا ذكرنا من طريق نتبعات تؤدي بدورها إلى تكوين عادات (Formation of Habits)، وهذه العادات تتكرر عند ظهور مشير معين، مما يؤدي إلى زيادة قوة الاستجابة المتعود عليها، وهذه يمكن

فعل واحدة (Unique) للملاحظ (Observer). ومثل هذه الارتباطات قد تؤدي إلى سلوك حركي. ويرى ولبي من خلال تطبيقاته أن في الإمكان استرجار مثل هذه الأنشطة العصبية (أي التصورات والأفكار)، في الإجراءات العلاجية السلوكية. **٢-١-٣-٤** **نظرة حول السلوك العصبي وعن الأعصاب** نجد أنه يقدم عرضاً عاماً عن أسباب الأعصاب (Etiology of Neurosis)، وهو ينظر إلى الأعصاب البشرية الإكلينيكية على أنها نفس الأعصاب لدى حيوانات التجارب التي قام هو بدراساتها، (إلا أن الدراسات المتقدمة حول الأعصاب أكدت على وجود فروق نوعية وجوهرية بين أعصاب الإنسان وأعصاب الحيوان....) وكما أشرنا في حديثنا عن (تجارب ولبي حول سلوك حيوانات القطط). بشكل عام إن جوزف ولبي قام بعلاج العديد من الحالات السلوكية العصبية وقد صنفها على النحو التالي:

### ٣ الكف الرجعي (Reactive Inhibition):

أشرنا في السابق إلى أن ولبي يعتبر مبدأ الكف الرجعي من المبادئ الهامة في طريقته الكف بالتحفيز. وبغض النظر عن دور التعزيزات، وعن كف الاستجابة الجديدة للاستجابة القديمة، فإن معظم الاستجابات تحدث خلال فترة زمنية محددة (Period of Time) والاستجابة الأقوى تكف الاستجابة الأضعف وتميل إلى الحدوث بشكل أكبر. ولكن في حالة غياب الاستجابة الأقوى فإنه يمكن أن تظهر الاستجابة السابقة، مثل حالة الإسراف في المثلثات (State of Dissipates). والواقع أن الاستجابة عندما تحدث تكون موجهة من الجهاز العصبي المركزي مثل الإثارة العصبية التي غالباً ما تخدم وظيفة الدفاعية التي تسبق عملية التعلم للاستجابات الجديدة.

### ٤ محو التعلم (Unlearning):

إن عملية التعلم التي أشرنا إليها سابقاً تتم كما ذكرنا من طريق تتابعات تؤدي بدورها إلى تكوين عادات (Formation of Habits)، وهذه العادات تتكرر عند ظهور مشير معين، مما يؤدي إلى زيادة قوة الاستجابة السريعة عليها، وهذه يمكن

خوف غير معقولة (Unreasonable Fears)، وهذه الحالات لا يُشترط فيها أن تكون متصلة مع بعض، لهذا فإن المخاوف والأعراض المختلفة قد تنطفئ (Extinguished) ودون أن تتوقع بالضرورة أن تحل محلها أعراض أخرى، وهذا العرض يصحح نفسه في حين أن رد فعله يظل قائماً. **٢-١-٣-٤** **نظرة حول السلوك العصبي وعن الأعصاب** نجد أنه يقدم عرضاً عاماً عن أسباب الأعصاب (Etiology of Neurosis)، وهو ينظر إلى الأعصاب البشرية الإكلينيكية على أنها نفس الأعصاب لدى حيوانات التجارب التي قام هو بدراساتها، (إلا أن الدراسات المتقدمة حول الأعصاب أكدت على وجود فروق نوعية وجوهرية بين أعصاب الإنسان وأعصاب الحيوان....) وكما أشرنا في حديثنا عن (تجارب ولبي حول سلوك حيوانات القطط). بشكل عام إن جوزف ولبي قام بعلاج العديد من الحالات السلوكية العصبية وقد صنفها على النحو التالي:

- ١ - اضطرابات عضوية المنشأ ذات أصل عضوي أو بيوكيميائي.
- ٢ - اضطرابات ترجع إلى تعلم خاطئ وعادات عصبية مكتسبة ويدخل في هذا الإطار:
  - أ - الأعصاب النفسية (Psychoneuroses) مثل الخوف، القلق، الوسواس...
  - ب - عادات مضطربة مثل قضم الأظافر، الغضب، التبول لإرادي، هوس نتف الشعر...
  - ج - الشخصية السيكوباتية (الضد اجتماعية).
  - د - الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل، وقد استخدم جوزف ولبي وفشر (١٩٨٠) طريقة العلاج النفسي التنفيري (Aversion psychotherapy) في علاج هذه الحالات.

### ٢ الشعور والأفكار (Consciousness and Thoughts):

هذه التوضيحات حول الشعور والأفكار ستكون للوظيفة الفطرية العصبية، ولم يعطها جوزف ولبي دوراً هاماً في السلوك كما تفعل معظم النظريات، إن مضمون كلمة الشعور، والأفكار والتصورات (Images)، والأحاسيس (Sensations)، تحدث كلها ارتباطات (Correlates) عصبية مع مشيرات حيادية، وتشكل كلها ردود



التعرّف عليها من خلال مدى شدة الاستجابة، وسرعتها، ومقاومتها عند بذل الجهد لإزالتها (To Eliminate it)، وغالباً ما يكتسب الفرد أكثر من استجابة متعددة واحدة (More Than One Habitual Responses). وهذه العادات المتعلمة والتي تختلف في قوتها يمكن أن تحدث على شكلها (Hierarchy) في هذه العادات على سبيل المثال سلوك معاملة الأطفال بلطف (Gentleness with Children)، إذ إن جميع العادات بما فيها الارتباطات الفكرية والعادات الشعورية مثل تداعي الأفكار تتم بالطريقة نفسها. وطريقة ولبّي في الكفّ بالنقيض تعتمد على عملية محو التعلم أو إطفاء الاستجابات المتعلمة (Extinction of Learned Responses). ولقد أشرنا سابقاً إلى أن ولبّي يستخدم مفهوم محو التعلم والإطفاء (Extinction) كمفهومين مترادفين (Synonymously). مثلاً إذا حدث وأن تكررّت الاستجابة المتعلمة مرات عدة ودون أن يؤدي ذلك إلى خفض شدة الأحداث السابقة، أو خفض التوترات والدافعية، فإن هذه الاستجابة لا تحدث بل تضعف شدتها تدريجياً إلى أن تمّحي وتزول، ويرى ولبّي استناداً إلى نظرية كلارك هل أن هناك عاملين مفصولين (Separate) ولكنهما متداخلان (Interrelated) ويسهمان في ضعف الاستجابة وهما:

١ - العامل الأول: هو تزايد أو (تراكم) الكفّ العصبي بسبب تعب الاستجابة، وتختلف هذه الحالة عن حالة تكرار الاستجابة التي تؤدي إلى كفّ رجعي، وهذا الكفّ العصبي يتبدّد مع الزمن.

٢ - العامل الثاني: هو تعب الاستجابة بسبب التكرار وعدم التعزيز مما يؤديان إلى كفّ الإثارة العصبية. وتعب الاستجابة عبارة عن ردّ فعل عصبي ينشأ بسبب التكرار وعدم التعزيز كما أشرنا.

لقد تبين لجوزف ولبّي أن المواقف أو الأحداث المثيرة للاستجابة تحدث أحياناً في وقت تكون فيه الاستجابة تعباً بسبب تكرارها، أو بسبب عدم تحقيقها للغرض، وأحياناً تكفّ الاستجابة بسبب ظهور استجابة أخرى مستثارة وأقوى في الوقت نفسه، وتجب ملاحظة أن ظهور المثيرات يجعلنا نتوقع حدوث الاستجابة في المستقبل، ثم إن الاستجابة التي تؤدي إلى خفض في التوتر تتمايز عن الاستجابة التي لا تؤدي إلى ذلك، لذلك يؤكد ولبّي على أهمية الأثر (The

Effect) الموجود بين الأحداث المثيرة وما يترتب عن ذلك من نتائج أو استجابات، ويشرح ولبّي ذلك من خلال مفهومه عن الاستجابات التنافسية (Competing Responses) وعن النشاط العصبي الذي يؤدي إلى عملية كفّ نشاط (decrease) أو انخفاض (decrease) في نشاط الوصلات العصبية (Synapses) مما يجعل الاستجابة تصاب بالانطفاء، ويبدو هذا الشرح منطقياً في توضيح نوعية التأثير العصبي الكفّي للاستجابة.

وفي ضوء ذلك قام ولبّي وإيلون (١٩٥٩) بعلاج امرأة كانت تدخل إلى مكتب الممرضات يوماً حوالي (١٦ - ٢٠) مرة، لدرجة إزعاج الممرضات وفريق العمل، وكانت المريضة ضعيفة العقل، ويصعب التفاهم معها. وفشلت المحاولات كلها في إخراجها إلى عنبر المرضى، وتبين أن الممرضات كنّ يعزّزن سلوكها هذا بشكل غير مباشر من طريق الاهتمام والتواصل مع المريضة، مما دفع المريضة إلى تكرار هذا السلوك، وبعد تحليل سلوكها أعطيت الممرضات التعليمات بعدم الاهتمام بالمريضة، أو الحديث معها (عدم التعزيز) عندما تدخل مكتب الممرضات. ومع التكرار تضاءلت استجابة المريضة إلى أن زالت، وقد كرّرت المريضة استجاباتها إلى أن تعبت ودون أي اهتمام أو تعزيز (وهذا يذكر بطريقة العلاج بالإغفال (Omission Therapy) وطريقة عكس العادة (Habit Reversal) لنتان وأزرين، حيث نجد أن التمرّض أثار استجابة معاكسة (عدم الاهتمام) في الوقت نفسه الذي يظهر لدى المريضة نزوع دخول مكتب الممرضات. أو في حالة هوس نثف الشعر، يمكن إمساك اليدين لمدة (٣ - ٥) دقائق كاستجابة معاكسة.

### ٥ الكفّ بالنقيض (أو المتبادل) (Reciprocal Inhibition):

يعتبر جوزف ولبّي الكفّ بالنقيض عبارة عن حالة خاصة من مبدأ الكفّ الشرطي، وأن معظم إجراءاته في العلاج تعتمد على هذا المبدأ، وبصورة مبسّطة إن طريقة الكفّ بالنقيض تعتمد على وجود استجابة مضادة للاستجابة المراد إطفائها، والتي تظهر مع الأحداث المثيرة لها، وكلا الاستجابتان لا يمكن أن تحدثا في زمن واحد، لأنهما متضادتان (Antagonistic). فالاستجابة الجديدة ستصبح من خلال محاولات متكرّرة يقوم بها المعالج مرتبطة بالأحداث المثيرة

المبدأ الأساس في عملية الكفّ بالنقيض. ويحاول وليي إحصاء كافة أشكال محو التعلم والنسيان (Forgetting) للإفادة منها في إزالة السلوك غير السويّ، مثل حالات القلق والخوف والتوتر والاستجابات الانفعالية والسلوكية الأخرى.

### خصائص السلوك العادي

#### (Characteristics of Normal Behaviour):

لا يتطرق وليي إلى هذه القضية بالتحليل، وإنما استنتج من خلال مناقشاته حول السلوك العصابي أنه لا يضع حدّاً مميّزاً بين السلوك العادي والسلوك العصابي (Normal and Neurotic Behaviour)، فالسلوك إما أن يكون متوافقاً، أو غير متوافق. يكون السلوك متوافقاً إذا ترتب عنه خفض لنشاط الجملة العصبية وبنجاح حيث يتمّ خفض الدافع أو إشباع الحاجة (Satisfies a Need)، أو إذا ترتب عن ذلك تجنب حرمان ما أو ضرر محتمل، وبشكل عام هناك سلوكيات مختلفة تؤدي إلى نتائج مختلفة بعضها جيد، وبعضها رديء. إن البعض يتحدث عن السلوك المتكيف الخالص، أو السلوك غير المتوافق، والسلوك المتكيف أو المتوافق غالباً ما يظهر من خلال الصفات التالية:

- ١ - عندما يكون الفرد غير خائف وغير قلق في مواقف حياتية ليس فيها ما يسبّب الخوف أو التوتر أو القلق، وبعض المخاوف يكون واقعياً أو حقيقياً وبعضها لا يكون كذلك.
- ٢ - الرضا الشخصي الذي يظهر من خلال العلاقات الشخصية مع الآخرين، ومن خلال السلوك التأكيدي الذي يظهره الفرد في المواقف التي تتطلب ذلك، وكذلك من خلال علاقات الحب، وبشكل عام عندما يكون السلوك مناسباً للموقف الذي يمرّ به الفرد.
- ٣ - إمكانية الشخص القيام بأنشطته اليومية في المنزل، وفي العمل، ودون حدوث مخاوف أو مشكلات غير مناسبة.
- ٤ - إشباع العلاقات الجنسية والرضا عنها بشكل مناسب ومتوافق.
- ٥ - التوافق الشخصي الصحي، والأسري، والنفسي، والاجتماعي وتقبّل الذات.

والتي أدت إلى الاستجابة القديمة التي استهدفت خفض التوتر أو الدافع، وفي مفهوم وليي إن الكفّ الرجعي يؤدي إلى كفّ شرطي، وستميل الاستجابة الجديدة لأن تستجر الأحداث السابقة المرتبطة بالاستجابة القديمة والتي تميل أيضاً إلى

عدم ظهور ترويض (on Cats) رأينا كيف أن وليي قام بمعارضة استجابة تناول الطعام (Eating Responses) باستجابة الخوف (Fear Responses) (الخوف من الصدمة الكهربائية)، وبرهن وليي من خلال ذلك على أن الاستجابات العصبية الفسيولوجية المتعلقة بسلوك تناول الطعام والاستجابات المتعلقة بسلوك الخوف هما استجابتان مضادتان بصورة فطرية، ولا يمكن أن تحدثا في وقت واحد (Simultaneously)، وتبيّن لوليي أن القطّة عندما تطعم في زاوية الغرفة بعيداً عن الجهاز الذي تعلمت من خلاله استجابة الخوف، فإن استجابة الخوف تضعف من استجابة الأكل بالرغم من بُعد مكان الطعام دون خوف وفي المكان نفسه حيث يوجد جهاز الصدمة الكهربائية. ويلاحظ أنه لو كانت استجابة الخوف الصادرة من الجهاز أقوى من الاستجابة المضادة (استجابة تناول الطعام) لأمكن لهذه الاستجابة إطفاء الاستجابة الثانية، بينما إذا كانت استجابة الطعام أقوى فإن استجابة الخوف لا تحدث، ويتحقق هذا من خلال التدريبات. لذلك فإن الاستجابة المتعلّمة هي التي ستكون أقوى من الاستجابة الأخرى، ومثل هذا الإجراء يكون ناجحاً ومفيداً في حالات تجنّب الاستجابات الضارة. ويرى وليي أن مثل هذه الحالات تتكرّر مرّات ومرّات خلال الحياة اليومية، ومثاله على ذلك الطفل الذي اكتسب استجابة الخوف من الماء مما جعله يمتنع عن الذهاب إلى السباحة مع رفاقه، إلا أن حبّه لهم كان أكبر بكثير من خوفه فهدّ ذلك يذهب معهم، وفي مرّات تالية يصبح خوفه من الماء أقل من ذي قبل، ومشاعره الإيجابية للذهاب مع رفاقه تزداد، وبعد محاولات عدة يختفي الخوف تدريجياً أو يهبط (Subsided) إلى مستوى غير ظاهر. بالإضافة لذلك فإن عملية التعميم (Generalization) ظهرت من خلال أن خوف الطفل من الماء قد خفّ تماماً وأصبح بإمكان الطفل ركوب القارب... إلخ. ويعتقد وليي أن عملية النسيان تحدث بالطريقة نفسها، لذا فإن مبدأ الكفّ الشرطي وإضافاته (Subsidiary) هو

- الإحساس بالسعادة وعدم وجود حالة قهر أو إحباط، مع تطابق بين السلوك وبين الموقف ومتطلباته.

### أهداف العلاج (The Goals of Therapy):

لم يتناول ولبي أهداف العلاج مباشرة، ولكن يبدو من خلال كتاباته أنه ينظر إلى معالج على أنه خبير عليه أن يقرّر ما هو الخطأ (What is Wrong) وكيف يمكن تخلّص منه أو علاجه، وبمعنى آخر إن العلاج لدى ولبي يحقّق الأغراض التالية:

- تغيير أو إطفاء أي سلوكيات مضطربة متصلة بالقلق أو المخاوف وتؤثر تأثيراً سلبياً في حياة الفرد (علاج أعراض المرض)، أي تحديد ما يُسمّى بالسلوك المستهدف (Target Behaviour).

- مساعدة الفرد المريض على إزالة استجابات القلق لديه والمصاحبة لأحداث غير مناسبة، وحتى يتمكن من مواصلة حياته اليومية بدون إعاقات ناتجة عن هذه الأحداث، وكذلك تعليم الفرد المريض أساليب مواجهة مشكلاته مستقبلاً، وتحقيق التوافق وتقبّل الذات لديه. وعلى المعالج أن يختار الطريقة المناسبة، وأن يقرّر ما هو الشيء المرتبط بالآخر، وكيف بإمكانه تحطيم هذه الارتباطات (Theses Connections) أو فكّها (Deconditioning) وبناء ارتباطات سويّة عوضاً عنها (Reconditioning).

### شروط تعديل السلوك:

تركز طريقة جوزف ولبي في العلاج على السلوك (Focused on Behaviour) والأعراض السلوكية التي تحدث في الوقت الراهن، ومهمة العلاج كما يراها ولبي إطفاء الروابط بين استجابات القلق غير المناسبة والأحداث التي تثيرها أو تستجربها، وكذلك الاستجابات غير المتوافقة المترتبة عنها، وإنجاز ذلك يجب تحديد المواقف المثيرة للقلق والتي يشير إليها المريض، وكذلك الظروف المعينة التي يترتب عنها حالة القلق، ومع تكرار كافٍ للموقف المثير للقلق، ودون أن يحقّق الفرد من هذا الموقف الغرض المطلوب، يتمّ إطفاء الروابط، وبالتالي يوقف السلوك المضطرب عن الظهور، ويمكن أن يحل مكان هذا السلوك لمضطرب سلوك سويّ (Normal)، وطريقة ولبي في تعديل السلوك تعتمد على

مبدأ أساسي (Basic Principle) هو مبدأ الكفّ بالنقيض (أو الكفّ الإبدالي كما يسمّيه البعض)، وهذا المبدأ يُطبّق من خلال مجموعة من الإجراءات العلاجية التي ستتمّ مناقشتها في الفقرات التالية:

### تدريب المعالجين ومعرفة الاضطراب

#### (Training of Therapists and Knowledge of Disorder):

ما هو نوع التدريب المتوقع الذي يعتقد جوزف ولبي استخدامه في مجال العلاج، وفي هذه الطريقة بالذات؟ الواقع أن جوزف ولبي لا يقول شيئاً كثيراً عن ذلك، ومع ذلك فإنه يرى ضرورة التدريب في هذا المجال، وذلك لتحسس بعض المشكلات العلمية التي قد تعترض عمل المعالج. ويرى ولبي أن أولى خطوات العلاج هي التأكد من وجود تناقضات مزعجة تثير القلق، واختيار خطوات علاجية مناسبة، ولهذا لا بد من أن يحتاج المعالج لبعض التدريبات على تطبيق نظرية التعلم التي يستحسنها في إجراءاته العلاجية التطبيقية، كما أن عليه أن يكون قادراً على التأكد من أي سلوكيات أو مثيرات تكون مزعجة بالنسبة لمريض معين، وأن يختار الخطوات المناسبة والفعالة لطبيعة الاضطراب والأعراض السلوكية لدى المريض، وتحديد المشكلة الخاصة التي يعاني منها، وأن تكون لديه المهارة في تطبيق خطوات العلاج. وتؤكد طريقة جوزف ولبي على أهمية التشخيص الفارقي (Differential Diagnoses)، وكذلك على العلاج الفارقي (Differential Treatment)، مع الأخذ في الاعتبار أن جميع الاضطرابات العصابية (Neurotic Disorders) ترتكز على وجود قلق شديد بغض النظر عن وجود اختلاف بينهما، ومع أن العلاج يركز على مبدأ واحد فإن الخطوات الفعلية لتطبيق هذا المبدأ تعتمد بالدرجة الأولى على طبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض.

### المبادئ التي تؤدي إلى تغيير السلوك

#### (Principles by which Behaviour Change Occurs):

يرى جوزف ولبي أن هناك ثلاث طرق معروفة تؤدي إلى إحداث تغييرات فعالة في استجابات الأفراد أو سلوكياتهم في مواقف معينة، وهذه الطرق الثلاث هي:

(١) تغييرات النمو (٢) الإصابات (٣) التعلم. وهذه كلها تؤدي إلى حدوث

والإكلينيكية التي تدعم وجهة نظره هذه، وقد وضع قائمة مكونة من ثماني مقولات (Eight Categories) للاستجابة المضادة للقلق، يعتقد أنها مفيدة من أجل فهم التغيير الذي يتحقق يتم بشكل دقيق وتام.

### ٧ استجابة تأكيد الذات:

استجابة التأكيد (الذاتي) أو الاستجابات التوكيدية (Assertive Response): أو التعبير الواضح عن الانفعالات مثل الغضب (Anger)، والاستياء (Resentment)، بالإضافة إلى الصداقة، والحب، وباقي المشاعر غير المقلقة (Nonanxious) (وسنشرح ذلك في ما بعد).

### ٨ الاستجابات الجنسية:

الاستجابات الجنسية (Sexual Responses): وجد ولبي أن الاستجابات الجنسية (والاستجابات العاطفية) تؤدي إلى حالة من التفرغ النفسي، يمكنها أن تكون مضادة لحالات القلق والتوتر، وكعامل تشريط مضاد، حيث يدخل الفرد في مواقف عاطفية - جنسية لا يستشعر فيها إلا مشاعر السرور والراحة، ويتاح للفرد الحرية الجنسية الكافية، حيث يحصل على خبرات سارة وممتعة تؤدي به إلى حالة من الراحة والاسترخاء بسبب التغيرات الفسيولوجية بعد العملية الجنسية. بعدها ينتقل المعالج بالمريض خطوة خطوة في مدرج استجابات الفرد (المريض) السلوكية، ومن المفروض أن اللذة الجنسية تعمل على كَفِّ استجابات القلق، طالما أن الفرد لا يمضي عبر العملية الجنسية بأسرع مما ينبغي، ويفسر ولبي ذلك

عادات من بينها العادات العصابية (Neurotic Habits)، وهذه العادات يمكن تعديلها أو تغييرها عن طريق عمليات التعلم. وكنا قد رأينا كيف أن إجراءات ولبي في علاج عصبية المريض النفسي يمكن أن تكون بمثابة خطوات، وفي هذا المبدأ إذا أمكن منع الاستجابات المقلقة في حضور المثيرات التي أدت إليها، وذلك عن طريق استثارة استجابة مضادة للقلق (Antagonistic to Anxiety)، فإن احتمال حدوث استجابة القلق في المناسبات التالية يقل أو يضعف، وكذلك فإن الرابطة بين المثير والاستجابة تضعف. إن ولبي يعتقد أن هناك إمكانية وجود أساليب أخرى تؤدي إلى النتيجة نفسها (تغيير السلوك)، ولكنه يرى أن طريقة الكفِّ بالنقيض هي من الطرائق الأكثر فاعلية حيث يكون القلق مركز اهتمام المعالج. ويذكر ولبي أن العمل على إطفاء القلق لدى الفرد مرة واحدة ليس بالطريقة الفعّالة، وهي طريقة لا تفيد في محو الاستجابات المقلقة المتعلمة (يقصد ولبي طريقة العلاج الدوائي)، ولأن هذه العملية تترتب عنها أحداث موقفية مقلقة أخرى وأعراض جانبية، وهذا ما يؤثر بدوره في تعلم عادات أخرى.

ويرى جوزف ولبي أن طريقته تعتمد على عملية إنهاء الاستجابة وما قد تؤدي إليه من خفض الدافع، فإذا ما تمَّ كَفِّ استجابة القلق فإن عادة القلق تضعف، ويبدو أن العادة الجديدة (الاستجابة المعارضة لاستجابة القلق) ستصبح قوية. والواقع أن ولبي لا يتوسع كثيراً في تفصيل النقطة المتعلقة بقوة الاستجابات أو العادات، ولكن من بعض أمثله يعطي أهمية لعملية الاقتران الزمني والمكاني في عملية التعلم.

ولكن ما هي الاستجابات التي يمكنها أن تعارض استجابة القلق، أو الخوف، أو الانفعالات الحادة...؟ كان بإمكان ولبي القيام بأي محاولة تبشّر بأمل وفائدة في هذا المجال، وعموماً فهو استرشد ببعض الافتراضات التي سبق للباحثين أن أكدوها، من بينها أن استجابات القلق ليست إلا نتيجة لسيطرة وظيفة الجزء العصبي السمبتاوي (Sympathetic Portion) من الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic N. S.)، وأن أي استجابات تكون نتيجة لوظيفة الجزء الباراسمبتاوي (Parasympathetic Portion) من الجهاز العصبي الذاتي، غالباً ما تكون مضادة وبصورة فطرية لاستجابات القلق. لذلك ولد بعض الأدلة الفسيولوجية

ملاحظة: يمكن تلخيص المبادئ الأساسية في تعديل السلوك بالنقاط التالية:

- ١ - السلوك تحكمه توابع. وما يترتب عنه من نتائج إيجابية أو سلبية.
- ٢ - التركيز على السلوك القابل للملاحظة المباشرة والقياس.
- ٣ - التعامل مع السلوك على أنه يمثل مشكلة وليس فقط عرضاً.
- ٤ - السلوك السوي يخضع لنفس مبادئ السلوك غير السوي من حيث عملية الاكتساب أو التعلم.
- ٥ - سلوك الانسحاب ليس عصبية، بل يخضع إلى قوانين التعلم، ولا يحدث بالصدفة.

بأن إثارة الجهاز العصبي السمبتاوي للقلق أو الخوف تتوقف من طريق نشاط الجهاز العصبي الباراسمبتاوي، ومن طريق الاسترخاء الذي يحصل نتيجة الاستجابات الجنسية، لهذا كانت نظرية ولبى عن التشريط، والتشريط المضاد للقلق والقلق هي في المقام الأول، نظرية سمبتاوية سمبتاوية سمبتاوية سمبتاوية سمبتاوية. ولدى ولبى أدلة كثيرة على أن القلق وسلوك التجنب يتوقفان إلى حد كبير على الجهاز العصبي المركزي أيضاً. وقد قام ولبى بعلاج بعض الصعوبات الجنسية الناتجة عن حالات قلق وخوف مثل القذف المبكر (Ejaculation Premature)، والبرود الجنسي (Frigidity)، والعنة الجنسية لدى الرجل (Impotence)، وكذلك الحالات التي يعاني منها الفرد عندما يكون في أوضاع معينة مع صديقته، والفشل في الانتصاب (Miserection)، وعدم الثقة، والشك، والتقرز الناجم عن بعض المشاهد الجنسية السيئة (Sexual Acts) ... إلخ. وقد تمّ علاج هذه الحالات من طريق كَفّ استجابة القلق، وقد أكد ولبى (كما أكد قبله غانط 1949 Gantt) أن هناك علاقة كَفِّيَّة بين القلق والجنس، فالقلق والخوف والتوتر تؤدي إلى كَفّ الاستجابة الجنسية، كما أن الاستجابة الجنسية بإمكانها أن توقف حالات القلق والتوتر لذلك فإن الراحة والاسترخاء الجنسيين يؤديان إلى كَفّ استجابة القلق والتوتر، ومن طريق كَفّ استجابة القلق يمكن علاج العصاب الجنسي، كما أن ذلك يعزّز الاستجابة الجنسية ضد استجابة القلق، هذا وقد قام بعض الباحثين بتجاربه البدائية على الحيوانات، كالتجربة التي أجريت على الكلب نيك (Nick) 1957 من جانب بالكوف وكاراس. كما أن الباحث البريطاني بيتش (H. Beech) لاحظ أن القلق المنتشر في مرض الوسواس يمكن أن يضعف من طريق الإطلاق الجنسي، وقد اهتم العديد من العلماء بتعديل الاضطرابات الجنسية التي تحتوي على خوف وقلق وتوتر من طريق معارضة استجابة القلق والتوتر من الحدوث.

ومن وجهة نظر ولبى أنه إذا كان صحيحاً أن الحالات المزمنة من الاضطرابات الجنسية ترجع في الغالب إلى قصور في الجهاز الغدّي للغدد الصماء، أو إلى مرض عضوي، إلا أن التأثير المثبط للاستجابة الجنسية بسبب الخجل، والنفور، والخوف، والقلق، وأداء جنسي في موقف غير ملائم سيكولوجياً، والحالات

النفسية التي تبّه الجملة العصبية اللاإرادية، الودية المضعفة للاستجابة الجنسية (ضعف وصول الدم إلى أوردة القضيب) يبدو هذا التأثير واضحاً مما يؤدي إلى ضعف الانتصاب مثلاً. إن الإثارة الجنسية هي وظيفة نشاط الجملة العصبية اللاإرادية. من وظيفة الجهاز العصبي الودي (السمبتاوي)، لذلك كلما زاد القلق تناقصت الإثارة الجنسية، ولذا تستخدم الإثارة الجنسية كاستجابة ضد القلق والتوترات. وهنا لا بد من إعداد الإثارة الجنسية بشكل جيد للسيطرة على القلق، كما في حالة علاج العنة الجنسية لدى الرجل (Impotence) والتي تظهر أعراضها من خلال ضعف عملية الانتصاب (Poor Erection)، أو القذف المبكر (Premature Ejaculation) أو الاثنين معاً. ومن المعروف أن الجملة العصبية الودية (السمبتاوية) تقوم بوظيفة انقباض الأوعية الدموية، ومسرعة للدفق (Ejaculation) ويتوقف استخدام الاستجابات الجنسية في العلاج وكوسيلة لتثبيط القلق على معرفة الموقف الباعث للقلق، فقد يكون القلق لحظة دخول الزوج غرفة النوم، أو عندما يكون مع زوجته في الفراش... ويكون العلاج حسب جوزف ولبى كالتالي:

- ١ - يشرح المعالج للمريض أن الاستجابة الجنسية هي معاكسة للقلق وقادرة على إضعاف القلق والتوترات.
- ٢ - على المعالج تحديد التقربات الجنسية إلى أن يظهر القلق على المريض.
- ٣ - على المريض أن يحصل على تعاون زوجته وتفسير ذلك للزوجة.
- ٤ - يجب على الزوجة (أو الشريك) تجنّب إقلاق أو توتير زوجها أو الاستهزاء به.
- ٥ - تستطيع معظم النسوة الحصول على الإشباع الجنسي (Orgasm) بالمداعبة.
- ٦ - إذا شعر الزوج بالقلق والتوتر أثناء مداعبة زوجته عليه ألا يفعل شيئاً حتى يزول القلق، بعد ذلك ينتقل إلى عملية الجماع الجنسي.

ويوصي الباحث سيمنس (1956) أنه إذا شعر أحد الشريكين بالتعب يمكن الراحة أو النوم ثم العودة إلى المداعبة لتحقيق الإثارة الجنسية. وعلى كل شريك أن يخبر الطرف الآخر عن مرحلة الإثارة التي وصل إليها، وكذلك إذا وصل الشريك إلى اقتراب القذف عليه إخبار الشريك الآخر، ويمكن السيطرة وتأخير الدفق تدريجياً، وعندما يزول الانتصاب تماماً ينصح الزوجان بالنوم لبعض الوقت

## استجابات الاسترخاء العضلي ٩ (Muscular Relaxation Responses):

استخدمه ولبى في معظم علاجاته استجابة الاسترخاء العضلي، أو الاستجابات  
المستعدة بديلاً. وسببها على مرحلتها بالتفصيل في ما بعد.

## الاستجابات التنفسية باستخدام ثاني أكسيد الكربون ١٠ (Respiratory Responses Using Carbon Dioxide):

وجد ولبى أن هذا النوع من الاستجابات مفيد في معالجة حالات القلق الحر  
أو العائم (Free-Floating Anxiety) الذي أشرنا إليه سابقاً، وتستخدم في الحالات  
الشديدة، وهي تحتاج إلى خبرة وتدريب كبيرين، وتعتبر لدى ولبى مضادة لحالات  
القلق والتوتر. وتعتمد هذه الاستجابات على استلقاء المريض على أريكة مريحة،  
ثم قيامه بإخراج الهواء تماماً من رئتيه بحركة زفير قوية، ثم يلي ذلك أخذ جرعة  
أو استنشاق عميق (Deep Inhalation) لمزيج يحتوي على نسبة (٧٠٪) من مادة  
ثاني أكسيد الكربون، ونسبة (٣٠٪) من الأكسجين، وذلك تحت إشراف طبي،  
وقد لاحظ ولبى أن معظم الحالات المرضية يكفي لعلاجها بين (٢ - ٤)  
استنشاقات موزعة على فترات من الوقت. ويفترض ولبى أن الاستثارة الشديدة  
لجهاز التنفس والاسترخاء الناجم عن ذلك، يعتبر مضاداً قوياً لاستجابة التوتر  
والقلق، ويفضل جوزف ولبى استخدام أسطوانتين من الغاز إحداهما ثاني أكسيد  
الكربون، والثانية للأكسجين، ويتم مزج هذه الغازات حسب الحاجة، مع مراعاة  
تحمل المريض، ويشرح المعالج للمريض ما سيتم عمله. إن درجة القلق والتوتر  
العالية والمستمرة قد تجعل من الصعب جعل المريض يسترخي بطريقة عادية  
(لهذا يلجأ بعض المعالجين إلى الأدوية المهدئة في حالات القلق والتوتر  
الشديدين، ويأخذ بعض المرضى الدواء المهدئ من تلقاء نفسه) وخاصة  
الكحوليين). من هذه المهدئات الفاليوم (ديازيبام) (٥ - ٢٠) ملغ أو الميبروم  
(ديابوكسيد) (١٠ - ٤٠) ملغ. وبعض المعالجين يضعف القلق والتوتر بدواء  
الميليريل (ثيوريدازين) أو الأتاركس (هيدروكسيزين)، وأحياناً تعطى أدوية ضد  
الاكتئاب، وفي حالات التبول الليلي اللاإرادي لدى الأطفال يُعطى دواء

والكف عن الإثارة. ويذكر مانستر وجونسون (١٩٧٠) أنه يمكن للزوجة أو  
الشريكة أن تعيق عملية القذف المبكر بالضغط على التضييب بين الإحليل وظهر  
الخصيب (Dorsum)، أو بالضغط غير المؤلم على الخصيتين لتأخير القذف، وقد

وجد من أن...  
لدى الذكور بطريقة ولبى. أما بالنسبة للبرود الجنسي لدى المرأة (Frigidity) فقد  
يكون البرود كلياً أو جزئياً، وفي بعض الحالات يكون السبب عضوياً بمعنى أن  
جهاز الاستجابة الجنسية لا يكون نامياً، والمریضة لم تجرب في حياتها الإثارة  
الجنسية، وأحياناً يقترب الجماع بالألم بسبب تشنج المهبل، أو وجود ندبات في  
المهبل، أو إصابة ما... ومن المؤسف أن معظم مشكلات المرأة تحاط بسرية تامة،  
وقد تبين للمعالجين أن معظم حالات البرود الجنسي ترجع إلى قلق واضطراب  
نفسى... وقد قام جوزف ولبى بعلاج امرأة تشكو من ضعف جنسي كانت قد  
عولجت لمدة أربع سنوات بواسطة التحليل النفسي دون فائدة، وكان السبب  
تشنجاً مهبلياً بسبب قرحة مؤلمة في المهبل، لذا يؤكد ولبى على أهمية الفحص  
النسائي قبل العلاج النفسي. وكذلك كان السبب خيرات تعود إلى أصول دينية،  
وإلى أحاديث تتضمن خبرات جنسية مخيفة، وبمعنى آخر كان البرود أو التثبيط  
للإثارة الجنسية هو نتيجة مباشرة للإشراط الكلاسيكي الذي يحدث بسبب تكرار  
معاقتها على ممارسة العادة السرية، أو اللعب الجنسي، وقد نتج ذلك من محاولة  
اغتناب أو صدمات عاطفية جنسية. وأحياناً بسبب عمق المحبة، ولا بد للمعالج  
من معرفة المنبئ المشبط للاستجابة الجنسية، والعلاج يكون بطريقة التحصين  
المنظم، علماً أن هناك حالات برود جنسي مؤقتة (Situational) حيث يكون  
البرود الجنسي بسبب موقف ما، أو رجل معين، مثل سهر الزوج ولساعات  
متأخرة خارج المنزل، الانشغال الطويل بالقراءة أو التلفزيون، خلافات زوجية...  
إلخ، وهذه كلها مواقف مقلقة وموترة للزوجة أو الشريك الآخر... وينصح جوزف  
ستيوارت (١٩٧٥) عمل ما يُسمى ببرنامج التعاقد الزوجي حيث يتزود كل طرف  
ببعض الواجبات تجاه الطرف الآخر. ومن طريق التوافق والتعاون العاطفي  
والجنسي تتحقق الإثارة وذرورة المتعة الجنسية والاسترخاء وبالتالي مواجهة كل  
التوترات والقلق أو الخوف الذي يعاني منه الفرد...

(الأميرامين)...، ومزيج الغاز يعطي النتيجة نفسها في حالات القلق الشديد. ومن المعروف أن مزيج ثاني أكسيد الكربون مع الأكسجين يوجد في جسم الإنسان وفي تنفسه وله خصائص فيزيولوجية فهو ينبه عملية التنفس وكثيراً ما يستخدم للمريض:

«الآن سأعطيك جرعة استنشاقية من ثاني أكسيد الكربون تتجاوز نسبته النسبة الموجودة في رثتيك، وعندما أملاً الكيس الذي يتصل به القناع بمزيج من الغازين، عليك استنشاق المزيج بواسطة القناع بشهقة واحدة. وبعد ثوان عدة ستلاحظ بعض الأعراض غير العادية. ولكنها ليست غير سارة، إلا أنك قد تجد تنفسك أصبح قصيراً وزيادة دقات القلب، وهذا ما نسميه من فرط التهوية، مع احتقان في الوجه، والإحساس بالخدر، أو بحالة شبه دوار. وهذه الأعراض طارئة تدوم حوالي خمس ثوان ثم تزول، الآن أريد منك أن تمسك القناع بيدك وتراقب امتلاء الكيس بالغازات وبعد ثوان عدة سأطلب منك ما يلي:

- ١ - زفر الهواء الموجود في صدرك بالقدر الممكن.
- ٢ - وضع القناع على المنخرين بدقة.
- ٣ - اضغط الزر الموجود في القناع فيتحرر الغاز.
- ٤ - استنشق الغاز بما يملأ نصف رثتيك.
- ٥ - أبعد القناع عن وجهك.

وفي حالة عدم وجود ارتكاسات، تعطى استنشاقات كاملة متزايدة، وينصح ألا يتم امتلاء الرئة بالغاز في المرة الأولى، ومن المهم الاستعلام من المريض عندما إذا كانت لديه مخاوف من الاحتقان، وفي ما إذا كان من الضروري اتخاذ الحيطة، وعلى المعالج تزويد المريض بالمعلومات عن التعود خلال دقائق عدة في كل جلسة.

وفي بادئ الأمر يطلب من المريض ألا يفعل شيئاً سوى مسك القناع، ثم يقوم بالاستنشاق من القناع وهو على بعد (١ - ٢) بوصة من المنخرين، وذلك أثناء خروج المزيج من الصبّاب المفتوح، ثم يأخذ استنشاقاً قصيراً من الغاز، وبعد ذلك يأخذ استنشاقات عدة عميقة متزايدة، مع توقعات بينها إلى أن يتم استنشاق

كامل مقدار الغاز الموجود في الكيس، وبدون حدوث ارتكاس تنفسي لا يمكن خفض مستوى القلق، وإذا لم يحدث فرط التهوية الرئوية المطلوب (ضيق التنفس وأعراض تسارع دقات القلب) فيمكن زيادة تأثير الجرعة بإحدى الطرق التالية:

٢ - استنشاق الغاز مرّة أو مرتين تتابعياً أو زيادة تركيز (CO<sub>2</sub>) إلى نسبة ١٠٠٪ إذا تطلب الأمر ذلك.

٣ - بعد كل استنشاق يطلب المعالج من المريض أن يذكر مستوى درجة القلق. إن الاستجابة القوية في الجملة العصبية الذاتية والتي يثيرها ثاني أكسيد الكربون تبدو منافسة للقلق المعمم المنتشر. ولكن لهذه الطريقة بعض المآخذ مثل جعل المريض في حالة استرخاء عام يشبه حالة التخدير البسيط مما يؤثر في مشاعر الفرد وأفكاره، وقدرته على التعلم، وقد يعرضه في ما بعد إلى الانتكاس. ووجد ولبي حسب دورة العلاج باستخدام هذه الاستجابات (Course of Treatment) أن النتائج تظهر بشكل سريع وفوري. وقد طبق هذه الطريقة عام ١٩٦٧ فيليبوت (Philpott R.) حيث قام بعرض المنبهات المقلقة على المرضى بشكل متزامن مع استنشاق المريض لمزيج من هذا الغاز الذي يحدث درجة متوسطة من فرط التهوية الرئوية ولثوان عدة، وكانت النتائج مرضية.

### الاستجابات الحركية الشرطية التنافسية

#### ١١ (Competitively Motor Responses):

إن استخدام هذا النوع من الاستجابات قليل نسبياً، إذ أنه في الوقت الذي يتم فيه استحضار المشهد المقلق لدى المريض، أو تصور الأحداث الباعثة على القلق، وفي الوقت نفسه وجهت صدمة كهربائية خفيفة للمريض (Mild Shock) تؤدي إلى استجابة حركية محدودة، فإذا تكررت هذه العملية فإن حدوث استجابة القلق ستضعف. وقد استخدم ولبي هذا التكنيك في علاج فتاة تعاني من ارتعاش (trembled) اليدين عند تناول الطعام مع جماعة، وكذلك في علاج حالة أخرى لفتاة تخاف من السقوط (Fear of Falling)، وقد استفيد من ذلك في علاج حالات الإدمان، والانحرافات الجنسية باستخدام الصدمة الكهربائية، أو باستخدام

العقاقير المسببة للألام مثل التيمبوسيل، والأبومورفين وغير ذلك... وقد تبين بأن للنشاط الحركي العضلي فاعليته في إضعاف حالة القلق والخوف والتوتر (في الحركة بركة). ومن أبرز هذا النوع من الاستجابات التنافسية هي الاستجابات التكريرية، أو التنفيرية (Aversive Response) والتي تتم على النحو التالي:

## ١٢ استجابة التكرير أو التنفير (Aversive Response):

وجد فيليبوت (١٩٦٧) أن أي شيء غير سار يُعد مصدراً لإشرايط تكريرها أو تنفيرياً، فإذا ما تمّ تعريض المريض المريض إلى منبه غير سار يتزامن مع الاستجابة غير المرغوب فيها والمراد إزالتها، أو إضعاف قوتها، فإن هذا المنبه يعمل على إطفاء هذه الاستجابة، وقد طبقت هذه التقنية في العديد من العلاجات وأثبتت النتائج فاعلية هذه التقنية، وفي هذه التقنية استخدمت الصدمة الكهربائية المثيرة للألم ككف الاستجابة الجنسية لدى حالات الفيتشزم (التي تنار جنسياً من طريق رؤية أو شم ملابس المرأة الداخلية وغيرها...)، وعلى هذا فإن العلاج التكريري يعمل بطريقة الكف المعاكس، أو الكف بالتقيض لدى جوزف وليبي، وقد استخدم وليبي صدمة كهربائية غير مؤذية، وأدوية مثيرة للقيء والغثيان، وفي هذه التقنية عادة ما يلي المنبه المنفر الاستجابة عوضاً من التزامن معها، كما في حالة التحصين المنظم (الاسترخاء والمثير للقلق معاً)، وإذا كان الإحساس بالنفور أو الألم يعمل على تثبيط الاستجابة وجعلها أقل احتمالاً للظهور بسبب نتائجها المنفرة، فإن قوة العادة أو الاستجابة تضعف تدريجياً بسبب منافسة أو شدة النتيجة المؤلمة أو المنفرة. ويستخدم العقاب عادة (الصدمة) لإضعاف العادات الحركية، أما العلاج التنفيري فيستخدم لإضعاف العادات الناجمة عن الجهاز العصبي اللاإرادي (السميتاوي والباراسميتاوي).

واستخدم راشمان (Rachman) هذه الطريقة (١٩٦٩) وتبين له أن الصدمة الكهربائية المستخدمة كمنبه تكريري لا تشكل خوف شراعب. فقد قام راشمان بوضع حيوان في قفص له أرضية من القضبان الكهربائية، وكان الطعم يرمى إليه في علبه موجودة داخل القفص، وبسبب الصوت الصادر عن رمي الطعم للحيوان، اعتاد هذا الحيوان على الوصول إلى الطعم وتناوله، وأدى تكرار هذه العملية إلى نشوء عادة الاقتراب من العلبه وكلما سمع الحيوان صوت رمي

الطعم، وكان الحيوان يظهر مع عملية الاقتراب استجابة سبلان اللعب (التي كانت تقاس)، وازدياد الحركات الهضمية، وغير ذلك، ومنه إذا أردت جعل الحيوان يكره الطعم وذلك بإزالة عادة الاقتراب من العلبه عند سماع صوت رمي الطعم، فافعل ما يلي:

رشدمان: عند اقتراب الحيوان من العلبه بعد سماعه صوت وضع الطعم وبجاء رشدمان للحيوان صدمة كهربائية من طريق شبكة الأرضية الكهربائية. وتعمل الصدمة على كنف عملية التقرب الإشرطي نحو العلبه، فأحدث لدى الحيوان الألم والتوتر والانسحاب الحركي، وكلما تعرض الحيوان إلى الصدمة ضعفت لديه عادة الاقتراب. وبعد محاولات عدة أصبحت عملية الاقتراب وصوت رمي الطعم مقترنان بالصدمة وباستجابة القلق التنبهي. وهي الاستجابة التي حلت مكان استجابة الاقتراب. والواقع أن أول من استخدم هذا الأسلوب في العلاج هما كالتور وفيتش عام ١٩٢٩ في علاج حالات الإدمان، حيث كان يوجهان صدمة كهربائية على ذراع المدمن كلما نظر أو شم أو تذوق مادة الكحول. وفي عام ١٩٣٥ قام ماكس (E. Max) بعلاج حالة شذوذ جنسي (فيتشزم)، كما قام جوزف وليبي أيضاً بعلاج امرأة كانت تعاني من الشره في تناول الطعم (Bulimia Nervosa) عمرها ٣٢ عاماً، كانت تتناول أطعمه فتمتعت عنها طبيباً بالإضافة إلى السوائل والحلويات التي فدمت عنها أيضاً، إلا أنها كانت وبعده وبشكل فسري لتناول هذه الأطعمة والإكثار منها منذ شكّل خطر على صحتها، وكانت تصاب من خدمتها قتل باب غرفتها بعد خروجها، ومع ذلك كانت عندما يزداد شهيتها للأطعمه تخرج لشراء طعمه ثم تعاني من الأعراف (العزات والتخمة) إلى أن ينتابها إحساس باليأس والكراهية من تناولها هذا... وفقد سمعها برصيد كفه أغذيتها التي هي موضوع شهوتها، وحذر بعض منها، ثم قام بربط فمها كهربائياً في ذراعها، وطلب منها إحداف عينيها، وان سحب الطعم المسحتر، وعندما أهدرت بصبغها إلى عذبة التخيل وجه العلاج لها صدمة كهربائية، ثم أتبعها بصدمة عدة وصلت إلى حدود العشر صدمات، وذلك هي من مرة تخيل فيها الطعم وفي جلسة واحدة، وبعد جلستين من العلاج زالت عذبة اقتراب تخيل الطعم أو التفكير به بالصدمة الكهربائية، وتدرج تحلصت المرأة من هذا



الكابوس وتحسنت صحتها وأخذت تستمتع بارتداء الملابس والحيوية الممتعة.

وقد عالج جيمس وفلدمان (١٩٦٥) حالات الفيتشيزم (Fetishism) واللواط. وكذلك هاربر (١٩٦١) قام بعلاج حالات الانحرافات الجنسية والإدمان (Addiction) وذلك وفقاً لـ (Vollman).

حالات الإدمان والتدخين باستخدام هذه الطريقة المنفردة، وتبعهم فيلبوت (١٩٦١) الذي استخدم هذه الطريقة في علاج بعض حالات الوسواس، حيث كان يطلب من المريض حبس نفسه وبالقدر المستطاع كلما تطلعت عليه الفكرة الوسواسية وأثرت في سلوكه أو تفكيره... وكذلك لوبلين عام (١٩٦٨) الذي استخدم هذه التقنية في علاج حالات التدخين (Smoking) وذلك من طريق نفخ الدخان في وجه المدخن بواسطة جهاز خاص أثناء عملية التدخين، وأن نجعل المدخن ينفث نفثاً منتظماً على لفافة تبغ، وذلك حسب إيقاع البندول (رقاص الساعة) فيستنشق المدخن كل حوالي ست ثوان دخان اللفافة الأولى، ثم ينفث دخان السيجارة وبدون استنشاق كل ثلاث ثوان بالنسبة للسيجارة الثانية، وتستمر كل جلسة نصف ساعة. واستخدم بعض المعالجين مثيرات منفردة مثل الضوء الشديد، أو الصوت المرتفع المزعج، وفي حالات علاج الإدمان تُعطى مادة الإميستين (Emetine) أو مادة الأومورفين (Apomorphine) أو مادة كلوريد الذهب... مع مزيج من الكحول، ولمدة أسبوع أو عشرة أيام، ويكون عدد مرات التعزيز أو الدعم من (٢-٣) مرة كل سنة.

وأحياناً يقوم المعالج بقرن الاستجابة التكرهية اللفظية مع المنبه المتخيل، واستخدم ذلك كوتيللا (١٩٦٧) في علاج البدانة (Obesity) واللواط (Homosexuality) والإدمان على الكحول. ومن الحالات التي قام كوتيللا بعلاجها حالة امرأة تعاني من شره في الطعام، أعد كوتيللا لها بعض المقولات التصورية التالية:

«أرغب أن تتخيلي أنك تناولت وجبتك الغذائية، ثم بدأت تتناولين الحلوى التي هي فطيرة الصباح (تفاح)، وحالما حاولت مسك الشوكة أحسست بشعور غير عادي في رأس معدتك وبدأت تشعرين بالغثيان، وشعرت بجزيئات الضعف في معدتك تصعد إلى الحلق، مع إحساس بالقيء مفاجئ، وما إن أمسكت الفطيرة الشوكة لتناولها حتى خرج الطعام من معدتك إلى حلقك، حاولت إغلاق فمك خوفاً من تقيؤ الطعام وانتشاره على المائدة، قربت الفطيرة من فمك، وما إن

فتحت فمك اندفع الطعام من فمك ليصيب الجالسين وينثر، عينك تقطران دمعاً، ويداك أصبحتا لرجيتين بسبب فعل عصارة المعدة والضعف، وما إن نظرت إلى نفسك حتى تصاعد لديك الإحساس بالقرف والاشمئزاز مع الإقياء، وكل فرد من أفراد العائلة يهرب من الغرفة وتزايد عندك الإحساس بتوقف القيء، نظفت وجهك وثيابك وبذلك زال الكابوس الذي أزعجك».

وقد سمى كوتيللا هذه التقنية عملية التحسس الخفي (Covert Sensitization).

### ١٣ الاستجابات السارة في مواقف الحياة (Pleasant Responses in Life Situation):

حيث وجد ولبى أن بعض المواقف السارة في حياة الفرد يمكن اعتبارها مضادة لحالات القلق والخوف، وخاصة المواقف السارة التي لها علاقة وطيدة بالفرد، وتترك أثرها في حياته أو سلوكه، أو مشاعره... مثل النجاح، والترقية، وتحقيق مكاسب مادية، وتحقيق الذات... إلخ.

### ١٤ المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية - عاطفية:

المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية - عاطفية، مع تفرغ أو تنفيس وجداني يتم في وسط من الضمانينة والأمن، والثقة بين أطراف اللقاء، كما في حالة المقابلة السريرية حيث تثار لدى العديد من المرضى استجابات نفسية انفعالية سلبية (أو إيجابية)، السلبية تكون على شكل توتر وقلق وإيجابية على شكل آمال وثقة بالمعالج، وهذا شكل من أشكال التحويل الإيجابي في التحليل النفسي ((Positive Transference)، وهذه الاستجابات الانفعالية الإيجابية من شأنها أن تثبط القلق والخوف لدى المريض والذي يثار من خلال التعبير الكلامي. وسريرياً إن المقابلة المثيرة للانفعالات هي أساس النجاح لدى اتجاهات العلاج غير السلوكية (التفريغ أو التطهير في التحليل النفسي) ولدى الأفراد الذين يصعب عليهم تعلم الآراء، فإن عرض المشاهد التخيلية عليهم مفيدة على أمل إثارة

الكابوس وتحسنت صحتها وأخذت تستمتع بارتداء الملابس والحيوية الممتعة.

وقد عالج جيمس وفلدمان (١٩٦٥) حالات الفيتشيزم (Fetishism) والنواظ. وكذلك هاربر (١٩٦١) قام بعلاج حالات الانحرافات الجنسية والإدمان

(Addiction) بفال (Williams) حالات الإدمان والتدخين باستخدام هذه الطريقة المنفردة، وتبعهم فيلبوت (١٩٦٧)

الذي استخدم هذه الطريقة في علاج بعض حالات الوسواس، حيث كان يطلب من

المريض حبس نفسه وبالقدر المستطاع كلما تطلعت عليه الفكرة الوسواسية وأثرت

في سلوكه أو تفكيره... وكذلك لوبلين عام (١٩٦٨) الذي استخدم هذه التقنية في

علاج حالات التدخين (Smoking) وذلك من طريق نفخ الدخان في وجه المدخن

بواسطة جهاز خاص أثناء عملية التدخين، وأن نجعل المدخن ينفث نفثاً منتظماً على

لفافة تبغ، وذلك حسب إيقاع البندول (رقاص الساعة) فيستنشق المدخن كل حوالي

ست ثوان دخان اللفافة الأولى، ثم ينفث دخان السيجارة وبدون استنشاق كل ثلاث

ثوان بالنسبة للسيجارة الثانية، وتستمر كل جلسة نصف ساعة. واستخدم بعض

المعالجين مثيرات منفردة مثل الضوء الشديد، أو الصوت المرتفع المزعج، وفي

حالات علاج الإدمان تُعطى مادة الإميتين (Emetine) أو مادة الأيومورفين

(Apomorphine) أو مادة كلوريد الذهب... مع مزيج من الكحول، ولمدة أسبوع أو

عشرة أيام، ويكون عدد مرات التعزيز أو الدعم من (٢-٣) مرة كل سنة.

وأحياناً يقوم المعالج بقرن الاستجابة التكريرية اللفظية مع المنبه المتخيل،

وإستخدام ذلك كوتيبلا (١٩٦٧) في علاج البدانة (Obesity) والنواظ

(Homosexuality) والإدمان على الكحول. ومن الحالات التي قام كوتيبلا بعلاجها

حالة امرأة تعاني من شره في الطعام، أعد كوتيبلا لها بعض المقولات التصورية التالية:

«أرغب أن تتخيلي أنك تناولت وجبتك الغذائية، ثم بدأت تتناولين الحوى

التي هي فطيرة الصباح (تفاح)، وحالما حاولت مسك الشوكة أحسست بشعور

غير عادي في رأس معدتك وبدأت تشعرين بالغثيان، وشعرت بجزئيات الطعام

في معدتك تصعد إلى الحلق، مع إحساس بالقيء مفاجئ، وما إن أمسكت الفطيرة

الشوكة لتناولها حتى خرج الطعام من معدتك إلى حلقك، حاولت إغلاق فمك

غولاً من تقيؤ الطعام وانتشاره على المائدة، قربت الفطيرة من فمك، وما إن

فتحت فمك اندفع الطعام من فمك ليصيب الجالسين وينثر، عينك تقطران دمعاً،

ويداك أصبحتا لزجتين بسبب فعل عصارة المعدة والطعام، وما إن نظرت إلى

نفسك حتى تصاعد لديك الإحساس بالقرف والاشمئزاز مع الإقياء، وكل فرد من

الذين هم في هذه الحالة يصابون بالاشمئزاز مع الإقياء، وكل فرد من

أفضل من ذي قبل، نهضت وهربت من الغرفة وتزايد عندك الإحساس بتوقف

القيء، نظفت وجهك وثيابك وبذلك زال الكابوس الذي أزعجك».

وقد سمى كوتيبلا هذه التقنية عملية التحسس الخفي (Covert Sensitization).

### ١٣ الاستجابات السارة في مواقف الحياة (Pleasant Responses in Life Situation):

حيث وجد ولبي أن بعض المواقف السارة في حياة الفرد يمكن اعتبارها

مضادة لحالات القلق والخوف، وخاصة المواقف السارة التي لها علاقة وطيدة

بالفرد، وتترك أثرها في حياته أو سلوكه، أو مشاعره... مثل النجاح، والترقية،

وتحقيق مكاسب مادية، وتحقيق الذات... إلخ.

### ١٤ المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية - عاطفية:

المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية - عاطفية، مع تفرغ أو

تنفيس وجداني يتم في وسط من الضمانية والأمن، والثقة بين أطراف اللقاء. كما

في حالة المقابلة السريرية حيث تثار لدى العديد من المرضى استجابات نفسية

انفعالية سلبية (أو إيجابية). السلبية تكون على شكل توتر وقلق وإيجابية على

شكل آمال وثقة بالمعالج، وهذا شكل من أشكال التحويل الإيجابي في التحليل

النفسي ((Positive Transference))، وهذه الاستجابات الانفعالية الإيجابية من

شأنها أن تثبط القلق والخوف لدى المريض والذي يثار من خلال التعبير الكلامي.

وسريرياً إن المقابلة المثيرة للانفعالات هي أساس النجاح لدى اتجاهات العلاج

غير السلوكية (التفريغ أو التطهير في التحليل النفسي) ولدى الأفراد الذين يصعب

عليهم تعلم الأتخاء، فإن عرض المشاهد التخيلية عليهم مفيدة على أمل إثارة

المشاعر الإيجابية بمساعدة المعالج والمشبطه للقلق. وهذا أساس النجاح في العلاج السلوكي بطريقة التحصين المنظم دون استرخاء.

## ١٥ استجابات نفس حسي صحيح (Anxiety Relief Responses)

وجد ولبى أن من المرغوب فيه أحياناً استخدام مبدأ الاستجابة المضادة. ولكن طبيعة الاستجابة المضادة تختلف حسب الحالات. مثلاً في حالة الوسواس يمكن تطبيق صدمة كهربائية تسبب إزعاجاً للمريض وذلك في حضور موضوع الوسواس. أو صورة ذهنية لهذا الموضوع. وبتكرار هذا الإجراء من (٥ - ٢٠) مرة في الجلسة الواحدة، وخلال جلسات متباعدة وجد أن لهذا الإجراء تأثيره الواضح في علاج حالة وسواس واحدة أو محددة، وغير مؤثر في حالة وسواس أخرى. ومن الحالات التي نجحت بهذه الطريقة حالة وسواس الطعام (Food Obsession)، وقد أضحى هذا الوسواس باستخدام صور مختلفة للأطعمة خلال أوقات الطعم. وكذلك لوحظ أن بعض الأعراض العصبانية الهستيرية مثل الوقوف الطويل بشكل آلي، وكذلك الحركات الآلية المنتظمة، يمكن كفه أو إزالته بواسطة الإيحاء أثناء التنويم الضمني. وبعد ثلاث مقابلات ذكر المريض أن هذه العادة توقفت (Had Ceased)، وفي المقابلة الأخيرة استدعت هذه العادة مرة أخرى تحت تأثير التنويم المغناطيسي. والشيء نفسه بالنسبة لحالة شلل جزئي وظيفي (A Functional Paresis) في مقدمة الذراع اليمنى، وقد تداخل هذا الشلل مع عمل كهربائي منظم أدى إلى حركة الذراع، كما تم إطفاء حالة شلل تحت تأثير التنويم المغناطيسي، ويرفض ولبى يرفض فكرة أن الأعراض التي تزول تحل محلها (Replaced) أعراض أخرى لأن العقدة النفسية المكبوتة (Repressed Complexes) (وهي تمثل الجذور في رأي جماعة التحليل النفسي) لم تتأثر بالعلاج. ويذكر ولبى حالات كثيرة لم تعودها الأعراض، كما لم تظهر لديها أعراض جديدة.

واستخدم ولبى أيضاً طريقة الكف الخارجي (External Inhibition) عن طريق وضع سوارين من الشاش على ذراع المريض مبتدئة بحسب ملحي، ويعرض واحد ونصف بوصة، السوار الأول فوق المعصم والسوار الثاني أعني منه بحوالي ثلاث بوصات، ويثبت تحت السوار لاجب معدني مطلي بمادة الكروم مرتبط بمصدر

كهربائي (بطارية جافة ٩٠ فولتاً)، ومخرج البطارية يخضع لسيطرة مذود استطاعته (٥٠) ألف أوم، وعند ضغط المعالج على المفتاح لمدة (٣ - ٥) ثانية يتم توليد نبضات كهربائية (Electrical Pulsation) ويشعر المريض بالتأثير الكهربائي وبدون أي أزعاج.

(١٠) نبضات في الدقيقة من أجل إضعاف شدة القلق والتوتر، وما إن يحدد المعالج التنبيه الكهربائي المناسب يبدأ بعملية التحصين المنظم، وبعملية تعريض المريض إلى المشير أو المشهد، بدءاً من المشير الأضعف وحتى الأقوى وكذا هو موجود على مدارج القلق. والمريض يشير بإصبعه إذا كان المشهد أصبح واضحاً في حياته، وفي هذه الحالة يوجه المعالج النفسي صدمتين كهربائيتين قصيرتين فاصل زمني قدره ثانية واحدة، وبعد مضي خمس ثوان يطلب من المريض تخيل المشهد ثانية، ويرفع إصبعه إشعاراً بذلك، فيقوم المعالج بتوجيه صدمتين أخريين للمريض، وبعد (٢٠ - ٢٥) تعريضاً متروناً بصدمة كهربائية يعلم المريض أن المشهد المشير سيق يصبغ مؤشراً على قدوم الصدمة، إلى أن يتم تعريض المريض للمشير أو للمشهد دون صدمة كهربائية ولمعرفة درجة زوال أو كف الخوف حتى يصل إلى الصفر، ومن الاستجابات المضادة للقلق والتوترات الاستجابات المثارة بالتخيل المصطنع بواسطة الكلام ويتم ذلك بواسطة طرق عدة من بينها ما يلي (محمد الحجار، ١٩٩٩).

١ - طريقة التخيل العاطفي أو الانفعالي (Emotive Imagery). وقد استخدم هذه الطريقة لازاروس عام ١٩٦٢، وتتلخص بعرض المشير المتسلسلة من حيث الشدة على المريض في موقف تخيلي، وعنى المريض أن يعطي إشارة بإصبعه إذا شعر بالخوف، وعلى المعالج أيضاً قول موضوع الخوف (مثلاً الضلّاه) بمنتهى آخر مستع أو سر مثلاً:

«تخيل أنك في مكان مظلم قليلاً، ويوجد شخص تحبه، أو أنت تشاهد مسلسل تلفزيونياً ممتعاً، وأمامك طعام لذيذ... أو تخيل أنك في مكان مظلم قليلاً، وإلى جانبك حبيبتك، وأنت في حالة إثارة جسدية جنسية...».

إن مثل هذه التخيلات المصطنعة بالكلام كافية لتثبيط استجابة القلق والتوتر لدى المريض.

وقد حاول غولدشتاين، وبياجيه عام ١٩٧٠ استخدام أسلوب آخر يعتمد على طريقة سميهاها طريقة الغضب المستثار (Induced Anger)، وفي هذه الطريقة يصرن الموقف المثير المودي إلى حالة غضب وانزعاج لدى المريض مع المشاهد أو المثيرات المتخيلة والمثيرة للقلق (المنبهات الحقيقية في غرفة العلاج)، ويتم ذلك بسلوك لفظي وحركي، وعند عملية قرن الغضب بالخوف والقلق، ومع عملية التكرار يصبح الفرد غضوباً وليس خائفاً أو قلقاً، أي أن استجابة الغضب توقف استجابة الخوف الأضعف...

٢ - طريقة الإيحاء المباشر (Direct Suggestion)، وهي طريقة استخدمها روبيين (F. Rubin) (١٩٧٢) لخلق حالة استرخاء بواسطة الإيحاء اللفظي أو التصنع الكلامي، فالاستجابات الإيحائية المضادة للقلق هي أساس هذه الطريقة، وفي هذه الطريقة كان روبيين يطلب من المريض عدم تخيل المشهد المطلوب إلا بعد إشارة من المعالج، وتعرض المشاهد أو المثيرات على المريض، والمشهد الأضعف هو الذي يبدأ به المعالج. ويعطي المعالج التعليمات التالية:

«سأصف لك سلسلة من المشاهد عليك الاستماع إليها باهتمام، لا تحاول بعدها تخيل أي مشهد إلى أن أعطيك الإشارة بالعد حتى الرقم ثلاثة، وعند التخيل عليك رفع إصبعك وخفض الإصبع عند إنجاز التخيل».

«أثناء جلوسك إلى الطاولة يوجد أمامك طعام شهوي، وأنت جائع، وأمامك اللحم المشوي الشهوي والمأكولات اللذيذة، وأنت تشعر بمشاعر سارة وتستمتع بالطعام اللذيذ وبحالة الاسترخاء... أنت الآن غير قلق، وفي راحة تامة، إنك في حالة جيدة وإرادتك قوية، ومشاعرك سارة بسبب جلوسك إلى المائدة. وعندما أبدأ بالعد حتى الرقم ثلاثة، إبدأ بعملية التخيل وأشر بإصبعك اليسرى ببدء عملية التخيل، وهذا الوصف

التخيلي التصنعي السار يؤدي مع التكرار إلى عادة حسنة من الراحة والاسترخاء تقاوم القلق والتوترات».

٣ - من الاستجابات المضادة للقلق والتوترات استجابات النشاط البدني. استخدم هذه الطريقة كل من فارمر (Farmer) ورايت (Wright) حيث وجد أن أساليب مختلفة من حركات وتكرار وتغيير من حركات تنسيق. كما استخدم أروين (Arwin) عام ١٩٧١ طريقة احتباس الهواء في الرئتين بالتدريج الذي يتحمله المريض، وإلى الدرجة التي يعطي المريض فيها إشارة على عدم قدرته على الاستمرار في حبس الهواء، عندها يعرض المنبه المزعج على المريض وهنا نجد أن عملية ضيق التنفس والانزعاج تعاكس القلق الذي يضعف تدريجياً، وقد استخدم أروين هذه الطريقة في علاج الخوف المرضي من العناكب.



- ❖ جمع البيانات عن حالة المريض.
- ❖ بناء مدرج القلق.
- ❖ أمثلة عن بناء مدرجات القلق له الات  
عصابية.
- ❖ سلوك المريض خلال العلاج.
- ❖ شروط ضرورية من أجل نجاح العلاج.
- ❖ التحصين المنظم.

## ٥ جمع البيانات والشروط الواجب توافرها لدى المعالج

إن طريقة ولبي في الكف بالنقيض تتطلب من المعالج القيام بدور من الأعمال المنظمة والفعّالة، والتي تساعد في كشف الظروف التي أثارت استجابات القلق، من بين هذه الأعمال القيام بعملية تشخيص دقيقة لاتخاذ قرار بشأن الاستجابات التي تزعج المريض، والأسباب التي أدت إليها، وخدمة المعالج الأولى هي القيام بعملية جمع البيانات عن مشكلة المريض التي يتركز عليها العلاج، وعادة يقوم المعالج بإجراء بعض المقابلات الأولى للحصول على معلومات مفصلة عن سلوك المريض، وعن العوامل المؤثرة فيه، ظروف التي ساعدت على تطور هذا السلوك، والظروف الحياتية الحالية. وخدمة للمعالج أن يبحث في التاريخ المفصل عن صعوبات المريض والأعراض التي يعاني منها، وعليه أن يكرس انتباهه حول ظروف التعلم الأصلي، وإذا لم يتمكن المريض من تذكر أو استحضار هذه الظروف في ذهنه، فيجب على المعالج ألا يُلحّ على هذه النقطة، وفي إمكانه الرجوع إلى تاريخ حالة المريض من أجل أن يقرّر أي مؤشر بإمكانه أن يثير مثل هذه الظروف، وكذلك يفضل البحث في تاريخ نمو المريض (Developmental History)، وكذلك القيام بتحليل منظم لهذا المريض (Systematically Analysis) للاستجابات المتعدّدة لدى المريض لمعرفة معلومات عن العائلة، وأساليب التنشئة، واتجاه الأشقاء نحو المريض، واتجاه المريض نحو أسرته، والأجداد، والأقارب والأصدقاء، والأشقاء، والظروف الاقتصادية، والتدريب، ونوع العقاب الذي يطبق عليه، والمدرسة، والجماعة المدرسية، والإنجازات، والاهتمامات لإضافة إلى العلاقات الجنسية، وممارسة الاستمناء، وأحاسيس الإثم، والحب، والحنان، ووردود فعل العلاقات الزوجية (Marital Relationships)، والظروف الدينية،

وأخيراً تحديد أي مخاوف أو اضطرابات لم تذكر سابقاً (Not Previously Mentioned)، وهناك تأكيد خاص على أهمية الاستجابات العاطفية الممكنة (Habitual emotional Responses)، وهذه المعلومات التي يجمعها المعالج عن

والمقابلات (Interviews) التشخيصية، كما يمكن الحصول على هذه المعلومات من خلال الاستبيانات أو الاختبارات النفسية مثل استبيان الكفاية الذاتية لبرنر وبيتر (The Bernreuter Self-Sufficiently Questionnaire) (وفي هذا الاستبيان إذ بلغت درجة الفرد أقل من ٢٠ درجة فيتوقع أنه يعاني من صعوبة وخاصة في تنفيذ المهام العلاجية المقررة)، ويمكن أيضاً استخدام قائمة آيزنك للشخصية (EPI) لمعرفة مستوى العصائية لدى المريض. كما يمكن استخدام اختبار ويللوبى (\*) للشخصية (Willoughby Personality Schedule) لتحديد مخاوف المريض، حيث استخدم جوزف ولبي هذا الاختبار. وتبين لولبي فدره هذا الاختبار على تشخيص الأعصاب المتعلقة بالقلق والمخاوف. لا سيما إذا تبع المعالج في تطبيقه مناقشة المريض حول كل سؤال وجواب وذلك قبل تصحيح نتائج الاختبار، وتبين لولبي أيضاً أن أكثر من نسبة ٨٠٪ من مرضى العصاب يحصلون على درجة أعلى من ٣٠ درجة، وقد لاحظ ولبي أيضاً أن العلاج عندما ينجح وتحسن حالة المريض تنخفض الدرجة، وعندما يكون العلاج غير فعال فإن الدرجة لا تنخفض.

\* ان قائمة ويللوبى للشخصية (Willoughby P. Schedule) أو كما تسمى قائمة ويللوبى لتسليط العصبى (Willoughby Neuritic Tendency Schedule) هي من وضع ريسرود ويللوبى (١٩٤١)، استخدم جوزف ولبي (١٩٥٨) كمشور لمعرفة مدى التحسن في علاج السركى. وفي عام (١٩٨٣) قد ولبي بتعديلها، وهي نفس بعد تعصباته عندما يكون بعد نفس العصبى الرئيسي في الاضطرابات العصبية. وتسلق ويللوبى هذه القائمة من قائمة بيرنر للشخصية، وتتكون من ٢٥ سؤالاً، بحيث على كل سؤال مقياس من خمس درجات (Five Point Scale)، حيث تكون الدرجة صفر تشير إلى عدم وجود تعصبات، والدرجة العنيفة بين (٢ - ٤) تشير إلى التعصبات، واللاحق صدق ولبي، وتعديلها، وتعديلها بطريقة للتصحيح. وهي تعتبر من المصادر الرئيسية في بدء برنامج القلق لدى ولبي، ويعتقد أن هذا المريض يدل على نجاح العلاج (انظر الملحق).

كما يمكن الاستعانة بجدول مسح المخاوف الذي وضعه جوزف ولبي ولأنه (١٩٦٤) (Fear Survey Schedule) وهو اختبار مفيد في التعرف إلى بعض مظاهر الاضطرابات النفسية كالقلق والمخاوف المرضية. ويشمل الاختبار موضوعات

ويحدد المريض درجة انزعاجه من كل موضوع على مقياس مكون من خمس درجات. ويمكن كذلك الاستفادة من اختبار هيو م. بل للتوافق واختبار تأكيد الذات. واستبيان الإرشاد الزواجي، كما يمكن استخدام ما يسمى عداد المعصم (Wrist Counter) الذي يشبه ساعة اليد، لتسجيل عدد مرات حدوث السلوك العصبي مثل قضم الأظافر، التدخين، مص الإصبع... ويمكن أيضاً الاستعانة باختبار القدرة التخيلية للازاروس، واختبارات قياس القدرات العامة (الذكاء العام والقدرة العقلية)، وكذلك اختبار الشخصية متعدد الأوجه (اختبار جامعة مينيسوتا) (MMPI) وغيرها من اختبارات ملحق (٢)، وهذه كلها متوافرة في بيئتنا العربية وبعضها مقنن، وهي تفيد في التشخيص المبدي. ويجب الانتباه إلى أن علاج ولبي السلوكي هو علاج فردي، والخطة العلاجية تتغير من مريض لآخر، ولا بد من مراعاة الفروق الفردية، ويجب الانتباه إلى الأعراض العضوية المثيرة للقلق مثل تسرع القلب الاشتدادي (Paroxysmal Tachycardia) ونقص سكر الدم، وفرط الدرقيية (Hyperthyroidism)، والصرع الصدغي (Limbic Lobe Seizures) ... إلخ. وذلك لاستبعادها وعلاجها أولاً.

إن مرحلة جمع البيانات والتشخيص الدقيق (Diagnosis) لمشكلة المريض تعتبر من المراحل الهامة في طريقة الكف بالتقيض، وحيث تتقرر في هذه المرحلة الخطوات الواجب على المعالج أن يسلكها بصورة تدريجية. ويرى ولبي ضرورة الاهتمام بالمريض، وتقبله دون نقد، أو لوم، وتكون نظرة المعالج موضوعية، دون اهتمام بمشاعر الخجل، أو المشاعر المحرجة، أو بالنواحي الأخلاقية... وبعد عملية جمع البيانات من مصدرها المختلفة يقوم المعالج بعملية تحليل السلوك المضطرب، حيث تُحدد المتغيرات التي أدت إلى هذه الاستجابات العصبية غير السوية. ثم ترتب البيانات، وتفسر العلاقات بينها، وذلك لإلقاء الضوء على مشكلة الفرد تسهيلاً لبناء ما يسمى بملدرج القلق (Construction of Anxiety)

(Hierarchies) وبشكل صحيح، ومن أجل ألا يتعرّض المريض أثناء دورة العلاج إلى إثارة عالية، أو إلى قدر كبير من القلق أكبر من المطلوب في عملية العلاج كما سنرى في الفقرة التالية. وتجدر الإشارة إلى أن في بعض الحالات يكون من

أو الخوف، مثلاً الخوف من العنكبوت (Spider Phobia)، حيث يسهل على المريض الإشارة إليه بسهولة، ولكن في حالات أخرى يصعب تحديد السبب المباشر للقلق، كما في حالة التلعثم، أو الإعاقة عن الكتابة (تشنح يد الكاتب)، أو غير ذلك...<sup>(١)</sup>

ولا شك بأن تعاون الفرد المريض، وشعوره بوجود مشكلة لديه، ومقدرته على وصف حالته تُعتبر من العوامل الهامة والمساعدة في عملية التشخيص، وبدون ذلك تصبح معرفة المشكلة الحقيقية للمريض صعبة وشاقة، وبصورة عامة من المفيد للمعالج التركيز على العوامل التي تزيد من سوء الحالة لديه. ومعنى ذلك أن يختار الاختصاصي أو المعالج من المعلومات ما له علاقة سببية بحالة المريض، مما يساعد على الوصول إلى صورة سريرية شبه متكاملة عن حالة المريض، وإلى فهم أعمق للحالة. وعلى الاختصاصي أن يتفحص المعلومات فحماً دقيقاً، وأن يكون حذراً في تقبل الألفاظ أو المعلومات الجاهزة التي يدلي بها المريض أثناء وصف حالته، ومع الانتباه إلى عنصر المقاومة، وأساليب الدفاع النفسية... فقد يصف المريض حالته على أنها حالة اكتئاب، ولكن سرعان ما يتكشف للاختصاصي أنها حالة هستيريا، أو وسواس، أو صرع، أو خوف، أو عدم ثقة... وكثيراً ما يصف المريض وصفاً يخالف حالته الواقعية، والمهم أن على المعالج اسير جمع البيانات عن المريض منه شخصياً ومن طريق طرح الأسئلة المباشرة التي تتعلق بحالته، أو اللجوء في بعض الحالات إلى وثائق رسمية

(١) يشير عالم النفس كاتفر إلى خمسة أسباب هامة في عملية تحليل السلوك: هي المنبهات السابقة (Prior Stimulation)، والحالة البيولوجية للمريض (Biological State)، والعلاقات الفردية وغير المتوقعة (Contingency Relationship)، والاستجابات أو ردود الأفعال المسكنة، والنتيجة (Consequence). ويشير كاتفر إلى أن تحليل السلوكي يختلف عن الصبغة الشخصية التقليدية التي تسمى الخصائص الشخصية الفردية، ويتطلب تحليل السلوك خبرة عديده بأسس السلوك وخبرة إكلينيكية لتصميم برنامج علاجي مناسب.

وسجلات سابقة للمريض، أو إلى ذوي المريض، ومن الطبيعي أن هذه البيانات عن المريض، والتقارير النفسي الذي يكتب عن حالته تُعتبر وثيقة رسمية وقانونية وسرية، ويجب تنظيم المعلومات وترتيبها (ترتيب المثيرات التي أدت إلى مشكلة جوزف ولبي المعروفة بالكفّ بالنقيض).

### بناء مدرج القلق أو المخاوف لدى جوزف ولبي (Construction of Anxiety Hierarchy):

الفكرة الأساسية التي يعتمد عليها هذا التكنيك أن في حالة القلق أو الخوف كثيراً ما نجد المريض يعاني من اضطرابات تتعلق بمخاوفه أو بقلقه، فالمريض يتكون لديه شعور بالخوف نحو مثير معين وأساسي، وإلى جانب هذا المثير نجده يخاف أو يقلق من بعض المثيرات الثانوية الأخرى المشابهة، أو المرتبطة بشكل ما بالمثير الأصلي. وطبيعي أن الخوف أو القلق من المثيرات الثانوية ليس بالدرجة أو المستوى نفسه، إذ يمكن القول إن هناك نقطة أساسية أو مثيراً أساسياً واضحاً للخوف، تتسع حوله دوائر، وهذه الدوائر تمثل مواضع أخرى لمثيرات أخرى تثير مخاوف أقل فأقل في شدتها، حتى نصل إلى درجة ضعيفة من الإثارة، وهذا يذكرنا بتجارب بافلوف حول المنعكس الشرطي، وحيث توصل إلى مبدأ التعسيم، أي تعسيم المثير إلى مثيرات أخرى مشابهة. كما أشار بافلوف إلى أن لكل مثير قوة، أو شدة معينة لكي يستطيع إثارة الاستجابة المطلوبة، فلو فرضنا مثلاً أن قوة الجرس في تجربة بافلوف الكلاسيكية (أي المثير الشرطي) على الكلب، والتي تؤدي إلى إثارة استجابة إفراز اللعاب لدى الكلب كانت حوالي ٢٥٠ ذبذبة في الثانية، ثم أحضرنا جرساً آخر قوته ٢١٠ ذبذبة في الثانية لأمكننا إثارة نفس الاستجابة، ويمكننا أن نقوي الترابط من طريق عمليتي التكرار والتعزيز، ولو أخذنا بعد ذلك جرساً قوته ٢٣٠ ذبذبة في الثانية لأمكننا أيضاً إثارة نفس الاستجابة، أما إذا أخذنا جرساً قوته ٥٠ ذبذبة في الثانية، أي بفارق كبير في عتبة الإثارة، فعلى ما نلاحظ أن الاستجابة السريعة لا تستثار بسبب ضعف قوة المثير، كما أن الرابطة بين المثير والاستجابة تضعف. ولتوضيح ذلك يمكننا أن نسوق مثلاً من

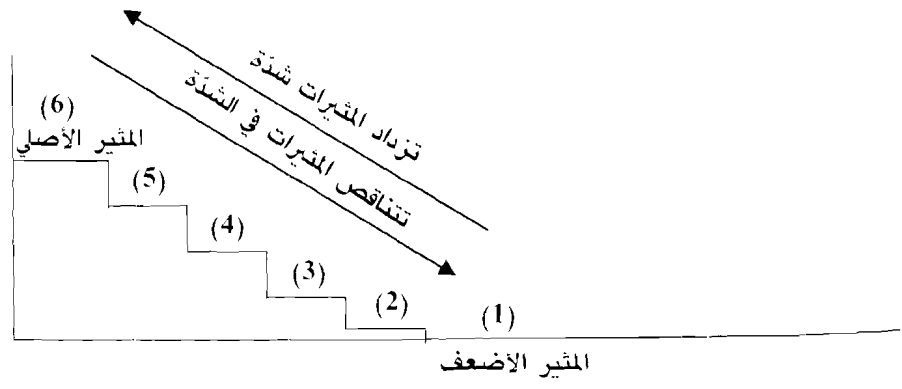


باتنا اليومية عندما ندرّب الطفل على أن يطلق على الفرخة كلمة (كوكو) فإن  
 الطفل يُعمّم هذه الاستجابة أي كلمة «كوكو» على كل حيوان مشابه له ريش،  
 لنا يكون قد حصل نوع من التعميم من المنبه الأصلي إلى منبهات أخرى  
 مشابهة ومتدرجة من حيث ارتباطها ببعضها ببعض. ومن ثم فإن  
 لها. ويذكر العالم ولبى أنه يمكننا إيجاد مثل هذا التدرج لدى أي مريض شريطة  
 يكون مريضاً عصبياً ومن فئة المخاوف المرضية أو القلق أو ما شابه ذلك.  
 يمكن للمعالج التعرف إلى هذه المثيرات الفرعية بواسطة تحليل البيانات التي  
 يصل عليها، كما يمكنه من أجل تحديد ما تشيره هذه المثيرات من قلق أو خوف  
 اعتماداً على اختبار ويللوبي (كما أشرنا سابقاً) أو أجهزة التغذية الراجعة  
 حيوية، أو بعض المقاييس الفسيولوجية، مع أن معظم المعالجين يعتمدون على  
 تقدير الشخصي للعميل. وقد استخدم ولبى لهذا الغرض مقياس قلق تمثل قيمته  
 ١٠ ساد (Sud) وهو يعادل أعلى شدة قلق يمكن للمريض تصوره، وتمثل  
 باعادة صفراً أي لا قلق (Subjective Unit of Disturbance) ويمكن للمريض أن  
 يقرر مقدار القلق الذي يسببه المثير المعين في وحدات من الساد، ويقترح ولبى  
 تزييد المسافة بين درجة وأخرى على مدرج القلق من (٥ - ١٠) ساد، وذلك  
 يتطلب الأمر إضافة مثيرات جديدة بين مثير وآخر، ويستعين المعالج أيضاً  
 بهزاز (G S R) لوضع السلم الهرمي لمدرج القلق للمواقف المثيرة، أو المخيفة  
 حسب تسلسل قوتها أو شدتها، وبالاستعانة بما يعكسه هذا الجهاز من درجات  
 التوتر عند تخيل الفرد للمواقف المؤثرة أو المخيفة، تتدرج حسب تسلسلها  
 الشدة<sup>(١)</sup>.

ويمكن للمعالج أن يتتبع المخاوف المرضية عند مريض ما، بحيث تتم معرفة  
 نور الفجوبيا أو القلق لديه والمثيرات التي تشيرها، مع ملاحظة أن قوة المثير  
 صلي ليست وحدها التي تؤدي إلى انحراف السلوك، بل يوجد إضافة إلى ذلك

جهاز فيس الغلفاني للجلد (Galvanic Skin Response) أو الاستجابة الغلفانية للجلد، حيث يجد  
 جلد الإنسان في حالة التوتر والانفعال أو القلق تضعف مقاومته لمروور التيار الكهربائي،  
 والعكس تزداد مقاومة الجلد في حالة الاسترخاء والهدوء أو الراحة، ويمكن معرفة ذلك من  
 خلال جهاز (GSR) الذي يستخدم في حالات التدريب على الاسترخاء.

مثيرات أخرى كانت موجودة في تلك اللحظة. وهي تتعاون مع المثير الأصلي في  
 إيجاد الاضطراب في السلوك أو العصاب لدى المريض. من هنا نفهم أن الهدف  
 من بناء مدرج القلق هو ترتيب المثيرات بحسب شدتها بشكل تنازلي وتصنيفها،  
 المعالج يقوم أحياناً بإعداد مدرج قلق خاص بالمثيرات المشابهة للمثير الأصلي،  
 وقد يكون مدرج القلق بسيطاً أو يشتمل على قائمة كبيرة من المثيرات، مثلاً  
 الخوف من العنكبوت (Spider Phobia)، ومن عنكبوت معين له مميزات  
 وخصائصه المعينة. وبعد تصنيف هذه الصفات والمثيرات حيث يمكن بدء العلاج  
 بتقديم عنكبوت صغير وميت كمثير ضعيف للخوف، ثم عنكبوت ذي لون أبيض  
 أو فاتح، وعلى أن يوضع على مسافة ١٠ أقدام مثلاً من المريض، وبعد إجراء  
 تمارين عدة على هذا الوضع، يقرب المعالج العنكبوت أكثر فأكثر نحو المريض،  
 وهكذا تجرى خطوة بعد أخرى حتى يصل المعالج إلى المثير الأصلي للخوف  
 بنفس خصائصه وصفاته تقريباً، أي الخصائص والصفات التي أثارت القلق عند  
 المريض، وهي على سبيل المثال (العنكبوت الأكبر حجماً، والأكثر حركة ونشاطاً  
 وذو اللون الأسود، والذي يكسوه شعر كالوبر الخفيف، ويكون على مقربة من  
 المريض... إلخ).

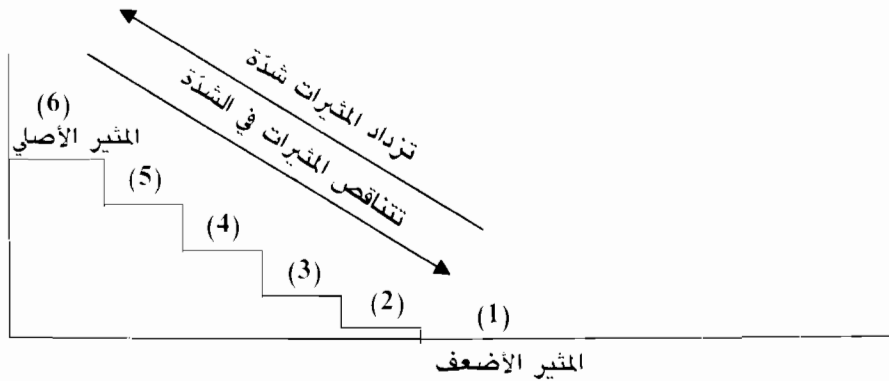


شكل (١)

شكل توضيحي لمدرج القلق

مشيرات أخرى كانت موجودة في تلك اللحظة. وهي تتعاون مع الشير الأصلي في إيجاد الاضطراب في السلوك أو العصاب لدى المريض. من هنا نفهم أن الهدف من بناء مدرج القلق هو ترتيب المثيرات بحسب شدتها بشكل تنازلي وتصنيفها.

المعالج يقوم أحياناً بإعداد مدرج قلق خاص بالمثيرات المشابهة للمثير الأصلي. وقد يكون مدرج القلق بسيطاً أو يشتمل على قائمة كبيرة من المثيرات. مثلاً الخوف من العنكبوت (Spider Phobia)، ومن عنكبوت معين له مميزات وخصائصه المعينة. وبعد تصنيف هذه الصفات والمثيرات حيث يمكن بدء العلاج بتقديم عنكبوت صغير وميت كمثير ضعيف للخوف، ثم عنكبوت ذي لون أبيض أو فاتح، وعلى أن يوضع على مسافة ١٠ أقدام مثلاً من المريض، وبعد إجراء تمارين عدة على هذا الوضع، يقرب المعالج العنكبوت أكثر فأكثر نحو المريض، وهكذا تجرى خطوة بعد أخرى حتى يصل المعالج إلى المثير الأصلي للخوف بنفس خصائصه وصفاته تقريباً، أي الخصائص والصفات التي أثارت القلق عند المريض، وهي على سبيل المثال (العنكبوت الأكبر حجماً، والأكثر حركة ونشاطاً وذو اللون الأسود، والذي يكسوه شعر كالوبر الخفيف، ويكون على مقربة من المريض ... إلخ).



شكل (١)

شكل توضيحي لمدرج القلق

حياتنا اليومية عندما ندرّب الطفل على أن يطلق على الفرخة كلمة (كوكو) فإن هذا الطفل يُعمّم هذه الاستجابة أي كلمة «كوكو» على كل حيوان مشابه له ريش، وهنا يكون قد حصل نوع من التعميم من المنبّه الأصلي إلى منبهات أخرى

منها. ويذكر العالم وليبي أنه يمكننا إيجاد مثل هذا التدرج لدى أي مريض شريطة أن يكون مريضاً عصابياً ومن فئة المخاوف المرضية أو القلق أو ما شابه ذلك. ويمكن للمعالج التعرف إلى هذه المثيرات الفرعية بواسطة تحليل البيانات التي حصل عليها، كما يمكنه من أجل تحديد ما تثيره هذه المثيرات من قلق أو خوف الاعتماد على اختبار ويلدوبي (كما أشرنا سابقاً) أو أجهزة التغذية الراجعة الحيوية، أو بعض المقاييس النفسيولوجية. مع أن معظم المعالجين يعتمدون على التقدير الشخصي للعميل. وقد استخدم وليبي لهذا الغرض مقياس قلق تمثل قيمته ١٠٠ ساد (Sud) وهو يعادل أعلى شدة قلق يمكن للمريض تصوره، وتمثل القاعدة صفرًا أي لا قلق (Subjective Unit of Disturbance) ويمكن للمريض أن يقرّر مقدار القلق الذي يسببه المثير المعين في وحدات من الساد، ويقترح وليبي ألا تزيد المسافة بين درجة وأخرى على مدرج القلق من (٥ - ١٠) ساد، ولذلك قد يتطلب الأمر إضافة مثيرات جديدة بين مثير وآخر، ويستعين المعالج أيضاً بجهاز (GSR) لوضع السلم الهرمي لمدرج القلق للمواقف المشيرة، أو المخيفة حسب تسلسل قوتها أو شدتها، وبالاستعانة بما يعكسه هذا الجهاز من درجات من التوتر عند تحيّل الفرد للمواقف الموترّة أو المخيفة، تتدرج حسب تسلسلها في الشدة<sup>(١)</sup>.

ويمكن للمعالج أن يتتبع المخاوف المرضية عند مريض ما، بحيث تتم معرفة تطور الفوبيا أو القلق لديه والمثيرات التي تثيرها، مع ملاحظة أن قوة المثير الأصلي ليست وحدها التي تؤدي إلى انحراف السلوك، بل يوجد إضافة إلى ذلك

(١) جهاز قياس الغلفاني للجلد (Galvanic Skin Response) أو الاستجابة الغلفانية للجلد، حيث نحدد جلد الإنسان في حالة التوتر والانفعال أو القلق تضعف مقاومته لمزيج التيار الكهربائي، والعكس تزداد مقاومة الجلد في حالة الاسترخاء والهدوء أو الراحة، ويمكن معرفة ذلك من خلال جهاز (GSR) الذي ستستخدمه في حالات التدريب على الاسترخاء.

ومن ناحية أخرى قد يصادف المعالج قائمة طويلة وغامضة من المشكلات، وفي هذه الحالة يجب أن يكون المعالج بارعاً في ترتيب هذه المشكلات ودراستها والوصول إلى الحقائق المنظمة، وكذلك الوقوف على أهم الخصائص، والاصدار التي أدت إلى هذا الأمر، كما أن الأبحاث الحديثة قد أشارت إلى الإشارة إلى بعض الحالات التي قام ولي بعلاجها عام ١٩٦٦، كحالة المرأة البالغة من العمر ٣٤ عاماً والتي كانت تشعر بنوع من الضيق الداخلي الشديد، والحبسة الداخلية (Closed In)، ومع إلحاح شديد على الفرار عندما تكون في حديث مع شخص ما. مثل هذه الأعراض أخذها ولي في مقدمة الاعتبارات من حيث عملية بناء مدرج القلق، وقد كانت أعراض الخوف تظهر بوضوح عندما كان المعالج يحاول التحديق في المريضة على بُعد مسافة صغيرة، ولحسن الحظ أن مشكلة المريضة سهل حلها مصارحةً، وذلك عندما سألت المريضة المعالج إذا كان بالإمكان عمل شيء من أجل تخفيف هذا الشعور بالألم والضييق، إلا أن المعالج عَلِمَ أن زوجها كان مستبداً مسيطراً في جميع أعمالها، وبدأت المشكلة لولي مختلفة تماماً حيث أن الخوف المرضي بدأ يظهر وكأنه مرتبط باختلاس نظر الآخرين وتحديقهم بفضول من خلال مشكلاتها، وأن الخوف الذي أصابها يتعلّق بخوفها من أن تقع في شرك - مصيدة - تذكّرها بما كان عليه زواجها (Her Marriage To Be). إن مثل هذا النوع من المخاوف يبدو مستعصياً على العلاج بطريقة الإشراف وحدها، وبدا لولي أنه من الصعب تطبيق أي اختبار تجريبي يناسب هذه الاعترافات التي قدمتها بنفسه، كما أن ما يبديه المريض من مشكلات يمكن أن يوجد ضمن الأمور التي لا يعيها المريض بنفسه، وفي مثل هذه الحالات يجب على المعالج مناقشة فيما إذا كان وجود مثل هذه المشكلات في اللاشعور يشكل عائقاً لنجاح العلاج.

والخطوة التالية في بناء مدرج القلق هي وضع الخطوات المننصلة أو المراحل التي تكوّن مدرج القلق، والتي تؤدي إلى السبب الرئيسي المسبب للقلق، والبدء من ثمة بالخطوة الأولى كتجربة استطلاعية بسيطة، وتتم هذه التجربة باعتناء تد، وذلك لاختبار هذه الصفات من خلال المثيرات الموجودة في مدرج القلق، وللتأكد في ما إذا كانت صالحة وكافية، ويمكن للمعالج الاستغناء عن صفة ما أو

عن خطوة ما، وذلك إذا وجد أنها لا تؤدي إلى ضرر في سير عملية العلاج، وأنها لا تسبّب قلقاً ملحوظاً، ويمكن للمعالج إعادة البحث في عناصر أخرى يمكن إضافتها وتؤدي إلى إثارة القلق لدى المريض، كما أنها تخلف شيئاً من الصعوبة في إجراء الخطوات - المثيرات المختلفة - غير متباعدة بعضها عن بعض كثيراً وبحيث تساعد على إجراء طريقة تدريجية مترابطة، فقد يصادف المعالج لحظة تقديمه مثيراً ما له صفات معينة أن ذلك يؤدي إلى قلق المريض، وإلى رد فعل قد يكون أحياناً قوياً وشديداً، وهذا ما يجعل المعالج مضطراً إلى إعادة النظر في جميع الارتباطات التي كان المريض قد اكتسبها وتعلمها، وذلك بين النقاط أو المراحل التي أدت إلى القلق، وبين الاستجابات القلقية في حد ذاتها، وهذا يتطلب من المعالج القيام ببعض الحسابات الرياضية لمعرفة قوة استجابة القلق الناجمة عن مثير معين أو صفة معينة. لنفترض أن القيمة الاستجابية المضادة للقلق تقدر بـ ١٠ ساد أو وحدات، وأن شدة القلق المثار يعادل ٩ وحدات، فإن هذه الاستجابة المضادة للقلق لديها القدرة على وقف القلق بكل سهولة، ويلاحظ أن الاستجابات المتعارضة لا يمكن أن تحدث في الوقت نفسه، ذلك أن الاستجابة الأقوى توقف عمل الاستجابة الأضعف وتمنعها من الحدوث، فإذا كان مدرج القلق منظماً تنظيمياً جيداً، وموزعاً بحيث تدرج فيه قوة المثيرات، فإن المعالج يتقدم خطوة خطوة في العلاج دون أن تعترضه أي مشكلة، وهو ينتقل من الخطوة الأضعف من حيث حجم الإثارة التي تثيرها، إلى الخطوة الأقوى، وهكذا يمكن إزالة القلق الذي افترضنا أن قوته أقل من ١٠ وحدات. وقد دلت التجارب أنه إذا كانت الخطوات العلاجية الثلاث تحتوي على ٨ وحدات من القلق لكل منها، وأن الخطوة العلاجية الرابعة تحتوي على ١٢ وحدة مثلاً، فإن العلاج سيفشل، وقد يرى البعض أن تفصيل الخطوات قد يصبح مضيقاً للوقت، هذا إلا أنه يجب الانتباه إلى أن ما يهّم المعالج هو أن تكون الخطوات المؤدية إلى إثارة القلق أقل أو أضعف من الاستجابة المضادة لاستجابة القلق - الاسترخاء، الإضعاف، الجنس... الخ، لكن ذلك يفترض جداولاً بعض الأسئلة المتعلقة بالنواحي التكنيكية والنواحي النظرية، ويحتوي أحد هذه الأسئلة على فكرة أن القلق بإمكانه أن

يتلاشى قليلاً فقليلاً كما تفترض النظرية. وهكذا فإن أي مرحلة تُعالج بهذه الطريقة فإن قيمة القلق الذي تستثيره ينتقص أو يظرح من قوة القلق الذي تثيره المرحلة التالية، ولننترض - بمعنى آخر - أن الخطوة الأولى في العلاج تؤدي إلى إثارة استجابة من القلق شدتها ٨ وحدات، والخطوة الثانية تؤدي إلى إثارة المرحلة الثانية. وبعد أن قمنا بعملية علاج وكف القلق في الخطوة الأولى سينقص إلى ٨ وحدات؟ وهل يؤدي تخفيف شدة القلق لدى المريض في المرحلة الأولى إلى تخفيف شدة القلق الذي سينتج في المرحلة الثانية طالما أن هناك ارتباطاً بين المثيرات؟

يبين الواقع العملي لنا أنه يمكن للمريض، كما يمكن للآخرين من حوله، أن يقدموا أحكاماً ناجحة ودقيقة من خلال التقدم الفني للعملية العلاجية. وذلك حول معرفة كمية القلق التي تثير أي مرحلة من مراحل العلاج السابق، وبالنسبة إلى الاستفسار السابق فإن معظم التجارب أكدت على أن إزالة القلق لدى المريض في المرحلة العلاجية الأولى يخفف جزئياً من شدة المثير في المرحلة العلاجية الثانية ودون أن نعلم شيئاً عن المقدار الكمي لنسبة هذا التخفيف. وقد أكدت بعض التجارب أيضاً على أن بعض الاقتراحات أثناء عملية العلاج وتقديم الخطوات لا تظهر أو تبدي من حيث التطبيق العملي قبولاً كلياً، ومثالاً على ذلك عندما يضع المعالج الأفعى - في حالة الخوف المرضي من الحيوان - على مسافة ستة أقدام من المريض فإنها لا تثير أو ليس من الضروري أن تثير هذه المسافة مقداراً من القلق ضعف ما يثيره نفس الحيوان فيما إذا وضع على مسافة ١٢ قدماً. والواقع أن أحكام علماء النفس لم تتطرق إلى مثل هذه المفاهيم الفيزيائية حول أثر السكان، ثم إن من الطبيعي أن تصبح المشكلة سهلة فيما إذا أمكننا أن نقوم بعملية قياس قوة القلق، وبالنسبة إلى كافة المراحل، وذلك من أجل التأكد من صدق مدرج القلق، وتنفاذي بذلك إزعاج المريض. لقد أوصى ولبى باستخدام مقياس بسيط من أجل تحقيق ذلك، وهذا المقياس يتضمن مجموعة من الأسئلة الموجهة للمريض من أجل أن يتصور أو يتخيل درجة القلق وشدته أثناء مراحل العلاج، وأن يحدد أو يقسم درجات القلق التي يتعرض لها المريض في جدول منظم من

الأعلى إلى الأسفل، وحينما يشعر بها هذا المريض، وأن يعطى درجة مئة ساد أو وحدة بالنسبة لأعلى الدرجات المثيرة للقلق، ثم يطلب من المريض أن يرى ما هي الحالة القصوى التي يكون فيها هادئاً ويعطيهما درجة صفر (Zero).

علاجها. فالسير مثلاً على الجانب الأيمن والهادئ من الرصيف قد يشير ٢٥ وحدة من القلق، بينما السير في الأماكن المزدهمة قد يشير ٩٠ وحدة من القلق وهكذا... ويقول ولبى إن المريض بعد أن يكون قد قام بعدة إجراءات علاجية باستخدامه هذا المقياس، فإنه سيتطور ويكتسب مهارة الإشارة إلى أي درجة من القلق يشعر أو ينتبأ بها، وحسب رأي ولبى إن المثيرات التي تكون في حدود (٥ - ١٠) وحدات من القلق كافية لأن تجعل الاستجابة المضادة لا تقوم بوظيفتها، وهناك طريقة أخرى تساعد أيضاً في الحصول على المعلومات اللازمة لبناء مدرج القلق، وتعتمد على طريقة المقارنة المزدوجة (Paired Comparison)، وتتضمن هذه الطريقة طباعة أو كتابة العناصر المختلفة لمثيرات القلق التي لها صلة بالموضوع، وذلك على بطاقات منفصلة، حيث تقدم هذه البطاقات إلى المريض كل اثنين معاً في وقت واحد، ومهمة المريض أن يشير إلى أي من المثيرين سوف يثير ضيقاً وقلقاً أكبر. وهذه الطريقة فعالة وأكثر ثباتاً من طريقة ولبى، ولكن هذه الطريقة لا تسمح لنا بأن نقوم بعمل أكثر، وذلك من أجل ترتيب المثيرات في أمكنها حسب شدتها، ودخل نظام معين. بمعنى آخر إننا لا نستطيع أن نحصل على نوع من كمية التخمين مثل التي كان ولبى يحصل عليها من خلال مقياسه، وأن أي فرد يكون قد ألف إجراء طرق القياس فإنه سوف يكتشف أن مقياس ولبى عرضة للخطأ، وأن هذا الخطأ يأتي من محاولة حصر الدرجة العليا والندب لمثيرات القلق، ولأن الدهم هو معرفة العتبات الخفية غير الموجودة في مدرج القلق، وتكفي هنا الإشارة إلى أن مشكلة القياس يجب أن تؤخذ في الاعتبار وبصورة حديثة، جيلفورد (Gulford) (١٩٥٤)، لأن القياس الدقيق الموضوعي لنسبة أو لدرجة رد الفعل المضاد للقلق في مثل هذه المرحلة مهم جداً، ومن الاقتراحات التجريبية أن مستوى القلق لا يبقى متوازناً بل يميل إلى التغيير والتذبذب، وليس من الضروري أن تبقى ظروف المريض على حالها من يوم لآخر. وهذا يعني أن

اصطدام ما، وذلك من طريق رجل يتودع عربة صغيرة، مع تقديم قطعة شوكولا إليه.

حوادث الدراجات دون خوف او شوكولا.

ويلاحظ على المدرج السابق أنه بسيط، ومختصر، وغير متقن، وأنه يترك فجوات كبيرة وهامة في معرفة الحقائق الأساسية. فمن خلال حديث (جون) مع المعالج عن العربات والطائرات والباصات، والدراجات، استطاع المعالج ملاحظة أقوال جون وسنوكه والأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذا النوع من الخوف، ولماذا كان جون يخاف الدراجات النارية دون غيرها وهل كان الخوف مرتبطاً بدرجات معينة لها خصائص ومميزات محددة... إلخ، وستترك للقارئ أن يتصور ذلك.

ومثال آخر اقتبسناه من تجارب فرانسيس والتون (Walton) (١٩٦٤) في وصفه لمدرج قلق وضع من أجل معالجة مريض كان يعاني من خوف مرضي (Phobia) ومن وساوس (Obsessions) شديدة تمنعه من التقاط القمامة أو أي شيء يسقط على الأرض خشية التلوث (Contamina)، وقد بنى والتون مدرج القلق كالتالي:

- (١) التقاط قطعة من الورق النظيف تُرمى على أرض نظيفة وقبل أن تلمس الأرض.
- (٢) تكرار نفس المرحلة السابقة، ثم الانتقال إلى مرحلة تالية حيث تستخدم ورقة مجعّدة ولا تدعو إلى الرضا.
- (٣) تكرار المرحلة السابقة ولكن باستخدام ورقة مجعّدة وملوثة بقليل من الحبر.
- (٤) تكرار المرحلة السابقة ولكن في هذه المرة ستلمس الورقة الأرض وسيضطر المريض إلى لمس الأرض.
- (٥) تعاد المرحلة السابقة، ولكن الأرض لا تكون نظيفة كما يجب، ولكنها مسحت بقطعة قماش غير نظيفة.
- (٦) إعادة المرحلة الخامسة، ولكن دون تنظيف الأرض نهائياً.
- (٧) التقاط قطع من الورق النظيف من أكثر من مكان على الأرض مع ملامسة الأرض.

الأمثلة التالية لمدح حات القلق من تجارب ولد في العلاج السلوكي

أي عملية حساب لأي درجة من القلق في وقت ما، لا تبقى على ما هي عليه في فرصة سرت بي...  
يصيب المريض في حضور مشيرات معينة يكون دائماً حول المتوسط، ويلاحظ أحياناً أن المريض أثناء مرحلة العلاج، وعند تعرضه لمثير ما أبدى كمية من القلق غير متوقعة، وذلك بعد أن عَرَض عليه المعالج بعض المثيرات الناجحة في المراحل السابقة، ولهذا فإن مثل هذا الموقف يتطلب من المعالج العودة إلى الخطوات السابقة في مدرج القلق التي هي أخف قلقاً، والتي تكون المواقف فيها أسهل وحتى يُدخل بعض الخطوات الجديدة والغامضة داخل خطوات مدرج القلق، أو أنه أحياناً يستعين بالعقاقير من أجل خفض مستوى القلق عند المريض. إن المعالج الماهر والمجرب هو الذي ينظر ويدقق إلى أي من الإشارات في الحالة الإكلينيكية تؤثر في العلاج، وذلك قبل البدء في العلاج في كل جلسة، وعادة ما تكون مدرجات القلق في العلاج السلوكي قصيرة ومختصرة، وسنأتي على بعض الأمثلة الواقعية التي وضعها مهتمون في العلاج السلوكي باستخدام طريقة الكفّ بالنقيض لجوزف ولبي.

#### أمثلة عن بناء مدرجات القلق لحالات عصائية:

نقتبس المثال الأول من تجارب لازاروس (Lazarus) (١٩٦٠) في العلاج السلوكي، حيث قام بوضع مدرج للقلق لطفل عمره ثماني سنوات، وكان هذا الطفل يعاني من الخوف الشديد من الدراجات النارية، ومن تحطيم هذه الدراجات... وكانت الخطوة الأولى من بناء مدرج القلق كالتالي:

- (١) أخذ هذا الطفل - واسمه جون (John) - في نزهة قصيرة تهدف إلى رؤية مختلف العربات والدراجات النارية، مع تقديم قطعة شوكولا إليه (معزز).
- (٢) المرحلة الثانية: كانت تشكيل سلوك مقصود عن الحوادث "حوادث العربات" من طريق استخدام اللعب المكونة للدراجات النارية، مع تقديم قطعة شوكولا (معزز) عندما يبدو على جون أنه تفاعل وبكل حيوية مع هذه

للمخاوف المرضية، وأول هذه الأمثلة لمدرج قلق عن حالة مريض كان يعاني من الخوف من الأماكن المزدحمة، حيث منعه ذلك من قضاء حاجاته، وبعد دراسة تاريخ حالته وأعراض مرضه استطاع ولبي أن يضع المدرج التالي:

(١) الخوف من المناطق المزدحمة بالناس «المشير الأصلي».

(٢) الخوف من الوحدة.

(٣) الخوف من الوحدة.

(٤) الخوف من الأصوات المزعجة.

(٥) الخوف من المشاجرات.

ثم قام ولبي بتفصيل كل نقطة من هذه النقاط السابقة لمعرفة المشير الأخرى، الكامنة خلفها، كالتالي:

### الخوف من العدوان:

(١) ملاحظات تشير إلى الخوف من الأشمزاز والسخرية.

(٢) ملاحظات من الأصدقاء تُضعف من مكانته الشخصية.

(٣) الإلحاح الذي يأتي به الآخر.

(٤) الوقوف أمام جماعة.

(٥) الوجود في جماعة يتحدث بعضهم إلى بعض أو ينظر بعضهم إلى بعض.

(٦) الخوف من كتابة طلب من أجل الحصول على عمل ما.

(٧) التوبيخ.

(٨) تعليمات رئيس العمل.

(٩) رؤية جماعة في جمع خاص داخل مقبرة.

(١٠) الوقوف في مقبرة.

(١١) رؤية شجار بين بعض الأفراد.

(١٢) رؤية الجثث... الخ.

وهكذا تفصل باقي النقاط التي تلي الخوف من العدوان.

أما المثال الثاني (لولبي) فهو لطالبة في الرابعة والعشرين من عمرها، ذهبت لتتلقى نوعاً من العلاج النفسي بسبب حالة قلق شديد تشابه أثناء الامتحان

(Test Anxiety)، وتؤدي بها أحياناً إلى الدوار، وقد تبين أنها كانت قد رسبت في هذا الامتحان مرات عدة، وأثناء تشخيص حالتها تبين للمعالج أن الفتاة كانت تعاني من أعراض مخاوف مرضية تدور كلها حول الخوف من الناس.

ومن الاحتكاك بهم، أه الأهداف معهم، وقد تخلصت هذه الفتاة من

مرحبها بعد حضور ١١ جلسة من جلسات العلاج النفسي، وبعد الانتقال من المواقف التصورية الخيالية (مدرج قلق تصوّري) إلى المواقف الواقعية الحقيقية (مدرج قلق حقيقي واقعي) وبعد مضي أربعة أشهر من العلاج شفيت تماماً وأدّت امتحاناتها بنجاح تام، وقد كان مدرج القلق الذي وضعه ولبي كالتالي:

(١) في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان.

(٢) أثناء أداء الامتحان.

(٣) قبل فتح قاعة الامتحان.

(٤) في انتظار فتح أوراق الأسئلة وتوزيعها.

(٥) في أثناء توزيع ورقة الأسئلة مقلوبة.

(٦) فترة ما قبل الامتحان.

(٧) الليلة السابقة للامتحان.

(٨) يومان قبل الامتحان.

(٩) ثلاثة أيام قبل الامتحان.

(١٠) أربعة أيام قبل الامتحان.

(١١) خمسة أيام قبل الامتحان.

(١٢) أسبوع قبل الامتحان.

(١٣) أسبوعان قبل الامتحان.

(١٤) شهر قبل الامتحان.

وواضح من الترتيب السابق أن مشيرات القلق من الامتحان تأخذ في الضعف تدريجياً كلما بعدنا عن موقف الامتحان نفسه، هذا وقد وجد المعالج أن هناك مشيرات فرعية أخرى تؤثر في قلق المريضة وخوفها من الامتحان، مثل:

(١) عندما يراقبني الغير أثناء الكتابة والرسم.

(٢) عندما يراقبني أثناء غسل ستة أشخاص.

(٣) عندما يراقبني أثناء العمل ثلاثة أشخاص.

(٤) عندما يراقبني أثناء الامتحان شخص واحد، وكان خبيراً في ما أعمل.

ويلاحظ أن خوف المريضة كان يزداد كلما اقترب المراقب منها، فالخوف عندما يكون المراقب على مسافة ١٠ أمتار أقل من الخوف الذي ينتابها عندما يكون المراقب على بُعد مترين منها.

المتاب الثالث. سيده مريضة تعاني من بعض المخاوف التي أدت بها إلى حالة عصبية متكررة، وقد نتج عن ذلك شعورها بالنقص والاضطهاد، وقد نظم لها المعالج مدرج القلق التالي:

(١) عندما تهملها الجماعة التي تنتسب إليها.

(٢) عندما لا يعترف بها شخص قابلته ثلاث مرات.

(٣) عندما تتهمها أمها بالأناية لأنها لا تساعد في عمل المنزل.

(٤) عندما لا يعترف بها شخص قابلته مرتين.

(٥) عندما لا يعترف بها شخص قابلته مرة واحدة.

(٦) عندما تقول عنها أمها إنها كسولة.

كما وجد عند هذه السيدة مجموعة أخرى من المخاوف الثانوية مثل:

(١) عندما تصرخ أمها في وجه الخادمة.

(٢) عندما تبكي أختها الصغيرة من أجل الجلوس مع أمها.

(٣) عندما تتشاجر أمها مع أختها.

(٤) عندما تصرخ أمها في وجه أختها.

(٥) عندما ترى اثنين من الغرباء يتشاجران.

المثال الرابع: لسيدة أخرى كانت تخشى النحلة ولدغتها، ولا تستطيع الخروج أو التجوال بين الأشجار والأزهار لأنها تخاف من ذلك، وهي تعتقد أن لدغة النحلة قد تسبب الوفاة، ومع أنها توقن أنها لن تموت من اللدغة، إلا أن الخوف المرضي يسيطر عليها بشدة. وهنا استطاع المعالج من طريق تاريخ الحالة، والمقابلة الشخصية أن يقوم ببناء مدرج قلق لعلاجها، وكان ذلك على الشكل التالي:

(١) رؤية صورة بعيدة لجناح نحلة والمريضة في حالة استرخاء.

(٢) رؤية صورة قريبة لجناح نحلة مع وجود أحد الأشخاص.

(٣) زيادة المنبه تدريجياً حيث تتمكن المريضة من رؤية صورة النحلة وإمساكها بيدها مع وجود أشخاص.

(٤) زيادة المنبه تدريجياً حيث تتمكن المريضة من رؤية صورة النحلة وإمساكها بيدها مع وجود أشخاص.

(٥) وجود المريضة مع جناح نحلة ميتة في زجاجة مغلقة بعيدة عنها وهي في حالة استرخاء.

(٦) زيادة المنبه حتى تستطيع السيدة البقاء مع النحلة الكاملة ميتة داخل الزجاجية ثم خارجها.

(٧) رؤية نحلة حية داخل الزجاجية من بعيد مع وجود أشخاص.

(٨) رؤية نحلة حية داخل الزجاجية من قريب ودون وجود أشخاص.

(٩) زيادة المنبه حيث تستطيع السيدة رؤية النحلة حية خارج الزجاجية وهي وحيدة، ودون الشعور بالقلق أو الخوف، وحتى يكون قد انطفأ المنعكس الشرطي المرضي، وتكوّن فعل منعكس شرطي جديد، وهو أن المشير (النحلة) أصبح يؤدي إلى الاسترخاء وليس إلى الخوف والتوتر أو القلق...

المثال الخامس: لسيدة تبلغ من العمر ٣٦ سنة كانت تخاف خوفاً مرضياً من مسارب المرور (the Traffic Situations) وقد قام ولي بتنظيم المراحل والمشاهدة اللازمة لإحضارها إلى المريضة مستخدماً طريقة (بناء مدرج قلق تخيلي) يعتمد على بعض التصورات والخيالات، واستطاع ولي في هذه الحالة إعطاء فكرة جيدة عن الحالة العلاجية. ولا داعي لذكر مدرج القلق الذي وضعه ولي لعلاج هذه الحالة.

والمثال الثاني أيضاً لسيدة عمرها ٢٨ عاماً، قام والتون (Walton) بمعالجتها وكانت مصابة بخوف شديد من كونها قد تتعرض لحالة من الموت المزيّف «الكاذب»، وقد تدفن في التراب وهي على قيد الحياة، واعتقد والتون في بناء مدرج القلق على النحوص الطيبة، وعلى المقابلة الشخصية، وعلى الحالة الشعورية، وبعض القضايا اللاشعورية لدى المريضة، ومن بين الإجراءات التي قام بها والتون أنه أخذ المريضة إلى معرض الجثث لرؤية إحداها... إلخ.

ومن الأمثلة التي أوردتها الضييب النفسي البريطاني توماس كرافت Thomas Kraft (١٩٧٢) بناء مدرج قلق لحالة طفل يخاف خوفاً مرضياً من الكلب (dog phobia) وكان ذلك على النحو التالي:

- ١ - الحديث مع الطفل حول الكلب، وفوائده، والتعامل معه.
- ٢ - مشاهدة صور ورسومات للكلاب في كتب الأطفال.
- ٣ - لعب الطفل مع دمية كلب وعناقها.
- ٤ - مشاهدة كلب صغير على بعد خمسة أمتار.
- ٥ - مشاهدة كلب صغير كثيف الشعر وأجعد على بعد ثلاثة أمتار.
- ٦ - مشاهدة الكلب السابق وهو يمد بجانب الطفل.
- ٧ - الطفل مع المعالج يلامسان جرو صغير (A puppy).
- ٨ - مشاهدة كلب الجيران (Kim)، كلب صغير، قصير القوائم، طويل الشعر، والأذنين وهو تجرّه الخادمة.
- ٩ - ملامسة الكلب كيم برفق مع المعالج.
- ١٠ - توجيه ضربة خفيفة للكلب كيم تؤدي إلى بروز مخالفته وهياجه... تحت إشراف المعالج.
- ١١ - مداعبة الكلب كيم وهو يهزّ بذيله والطفل بعيداً عن الخادمة وعن المعالج.
- ١٢ - قرع باب الجيران وقدوم الكلب كيم وهو ينبج (Barking).
- ١٣ - وبعد تكرار هذه الخطوات السابقة تمكن الطفل من مداعبة الكلب كيم دون خوف منه أو من باقي الكلاب التي تشبهه.

ومن الأمثلة التي عالجهها توماس كرافت حالة طفل يخاف خوفاً مرضياً من الماء (Fear of water) وقام بوضع مدرج القلق التالي:

- ١ - الاستحمام في المنزل والجلوس في حوض ماء صغير.
- ٢ - الذهاب إلى بركة السباحة ومشاهدة الأطفال داخل الماء.
- ٣ - النزول مع المعالج في بركة قليلة العمق واللعب بالماء.
- ٤ - النزول في الماء حتى عمق بسيط دون وجود مشرف.

٥ - النزول في الماء حتى مستوى الصدر (Breaststroke) ومحاولة السباحة، مع وجود مشرف.

٦ - السباحة في عمق متر واحد مع وجود مشرف/ وبدون مشرف.

٧ - السباحة في عمق متر واحد مع وجود مشرف/ وبدون مشرف.

٨ - السباحة في عمق متر ونصف مع وجود مشرف/ وبدون مشرف.

٩ - السباحة في مكان أعمق مع وجود مشرف.

١٠ - القفز إلى الماء بشكل تدريجي وعلى عمق متدرج.

١١ - محاولة سباق الأطفال الآخرين داخل الماء.

١٢ - القفز إلى الماء عدة مرات (تحت إشراف).

١٣ - السباحة ثلاث مرات على طول البركة مع توقف.

١٤ - السباحة ثلاث مرات على طول البركة ودون توقف.

١٥ - تنويع السباحة (صدر، ظهر، ذراعين) مع مشرف.

١٦ - اتقان السباحة وعدم الخوف من الماء.

١٧ - تشجيع الطفل لأطفال آخرين يخافون من الماء...

وهناك حالة أخرى لفتاة كانت تخاف من القطة، وقام بيتش (Beech) بمعالجتها. وفي مرحلة العلاج طلب المعالج من المريضة أن تتصور وقوف قطة أمامها على مسافة ٦ أقدام. وقد لاحظ بيتش أن للمريضة استعداد لتصور ذلك ولكن عندما حاولت فشلت بالفعل. لأنها كانت تتصور القطة على مسافة ٦ أقدام تسير نحوها، وهذا ما أدى بها إلى درجة كبيرة من القلق والخوف. وكان ذلك من المشكلات التي نَهت بيتش إلى ضرورة تعديل البناء التصوري لمدرج الخوف من القطة. لهذا صمّم ولبي بعض الوسائل الذي يشبه الاختبارات الشخصية يساعد المعالج في وضع بناء لمدرج قلق أو خوف، وهذه الوسائل تتضمن بعض القضايا، والأشياء، والحيوانات، التي تثير القلق والخوف عند بعض الناس. ويقدم المعالج العبارات في هذه الوسائل (Items) إلى المريضة. ويطلب منه أن يضع إشارة عند العبارة التي يراها مناسبة وتتفق مع حالته، وفي الخانة المناسبة أيضاً. وكذلك على هذه الوسائل، مدرج الاختبار التالي:



إنني أخاف من هذه الأشياء:

- (١) النواذ المفتوحة.
- (٢) أن أكون وحيداً.
- (٣) أن أكون في مكان غريب.
- (٤) الأصوات العالية.
- (٥) الموتى.
- (٦) التحدث إلى الجماهير.
- (٧) عبور الشوارع.
- (٨) المجانين.
- (٩) السقوط.
- (١٠) السيارات.
- (١١) المياه العميقة.
- (١٢) من أطباء الأسنان.
- (١٣) من الرعد.
- (١٤) من الفشل.
- (١٥) من دخول قاعة الاجتماعات.
- (١٦) من المرتفعات.
- (١٧) من الديدان.
- (١٨) من الكائنات الخرافية.
- (١٩) من الامتحان.
- (٢٠) من الاغتصاب.
- (٢١) من مضايقة الشباب.
- (٢٢) أخذ الحقن الطبية.
- (٢٣) الغرياء.
- (٢٤) الخفاش.
- (٢٥) ركوب القطار.
- (٢٦) ركوب السيارة.
- (٢٧) الغضب.
- (٢٨) أصحاب السلطة.
- (٢٩) ركوب الطائرة.
- (٣٠) الحشرات الطائرة.
- (٣١) الضوضاء.
- (٣٢) الطقس المظلم.
- (٣٣) الزحام.
- (٣٤) الأفعى.
- (٣٥) القذارة والتلوث.
- (٣٦) العمليات الجراحية.
- (٣٧) الوقوع في الخطأ.
- (٣٨) من الجنس.
- (٣٩) من الحمل.
- (٤٠) من الأمراض.
- (٤١) من فض البكارة.
- (٤٢) الحوادث والاصطدامات.

هذا ويجيب المريض على العبارات السابقة حسب المستويات التالية:

- (١) لا أخاف إطلاقاً. ويُعطى المريض درجة صفر.
- (٢) أخاف قليلاً. ويعطى المريض درجة واحدة.
- (٣) أخاف إلى حد ما. ويعطى المريض درجتين.
- (٤) أخاف كثيراً. ويعطى المريض ثلاث درجات.
- (٥) أخاف كثيراً جداً. ويعطى المريض أربع درجات.

وبلاحظ على العبارات السابقة التي ذكرها، جوزف ولبي في اختبار المعدل أن من شأن بعضها إثارة الخوف الطبيعي لدى الإنسان، وبعضها الآخر يعد الخوف منه بمثابة الإصابة بالفوبيا (Phobia) أي من خوف مرضي شاذ من أشياء في طبيعتها إثارة الخوف لدى الأفراد.

سلوك المريض خلال العلاج:

يرى جوزف ولبي أن الاستجابات المضادة التي تستخدم في الطريقة العلاجية قد تختلف من مريض لآخر، فليس من الممكن تحديد أنواع خاصة من الاستجابات تصلح لجميع الحالات، وبشكل عام هناك بعض الأسس الهامة في هذا المجال مثل:

- (١) يجب أن يواجه المريض بالأحداث الواقعية، أو بتصويراته الرمزية لهذه الأحداث التي استثارت أعراض القلق بصورة غير مناسبة، وفي الوقت نفسه على المريض أن يساعد بأداء (Performing) الاستجابة المضادة للقلق، مما يضعف الرابطة بين الأحداث المشيرة والاستجابات المثقلة.
- (٢) يجب على المعالج أن يحدد أيًا من الأحداث تكون مؤثرة بشدة أو حاسمة لدى المريض، ثم ترتيب العلاقة بينها بشكل منظم ومرتدرج من الهام إلى الأكثر أهمية.
- (٣) يرى جوزف ولبي أنه لا يوجد نوع أو نمط معين من المرضى يستفيد أكثر

ملاحظة: قام المؤلف بفتح طريقة في هذه المدرج القلق لدى مرضى العصب بعد أن وجد أن الخطوات التي يقدمها المعالج، أو فقرات مدرج القلق التي تحوّل المريض تخيلها وإحضارها في ذهنه، يكون - عند لدى بعض المرضى، كما أنه يصعب إحضار مواقف أو مشاعر واقعية -

من هذه الطريقة العلاجية، إلا أن الاضطراب الذي يعاني منه الفرد يجب أن يكون متعلماً ومن طبيعة عصبانية، ولا يوجد أي تحديدات أو شروط مثل العمر (The Age)، والذكاء، والجنس، والتحصيل... وخصوات ولبى

يقرّر وبدقة ما هو الاضطراب الذي يعاني منه، وما هي العوامل التي تؤدي إلى حدوثه والتي تثير القلق، وعلى المريض تفهم وتقبل ومتابعة تعليمات المعالج بدقة، وأن يقوم بأداء الاستجابات المضادة. ويذكر ولبى مريضاً كان

وعملية أو حياتية حيث يقوم المريض بمشاهدتها عينا، بالإضافة إلى أن الخبرات العلاجية في هذا المجال تشير إلى أن المريض غالباً ما يجد صعوبة في ضبط أو السيطرة على تصوراته الفكرية بالنسبة لموضوعات مدرج القلق التصوري، وأن هذه التصورات غالباً ما تكون مشوّهة وبعيدة عن الواقع، كما أنها غير متطابقة مع تعليمات المعالج، لهذا يؤكد جوزف ولبى، وآيانت، وبيتش وغيرهم على ضرورة أن تكون المثيرات الموجودة على مدرج القلق والتي تقدم للمريض قريبة نسبياً من المثيرات الحقيقية وإلا كانت العملية العلاجية مضيعة للوقت والجهد. لهذا عمد مؤلف الكتاب إلى طريقة يجمع فيها بين المثيرات التصورية والمثيرات الواقعية وحيث أن المثيرات التي تقدم عن طريق إحضار التصورات لا تكون بالشدة نفسها من حيث الإثارة المقارنة بالمثيرات الواقعية، وملتخص هذه الطريقة هي أن تقدم المثيرات بشكل تدريجي وعلى مراحل، وبدءاً من المثيرات بسيطة الشدة إلى المثيرات الشديدة التي سببت القلق وهذه المراحل هي:

١ - المرحلة القصصية: الهدف من هذه المرحلة إثارة بعض الصور أو الحداث عن موضوع الخوف بأسلوب قصصي شيق، وهذه الصور ترتبط بالمثير الأصلي الذي سبب الخوف لدى المريض، بالإضافة إلى مناقشة المريض حول بعض النقاط التي تثيره، والتي أدت إلى ذلك، الخاص، وتقديم بعض الأدلة على عدم موضوعية أو منطقية ما يعاني منه المريض، وهذا ما يؤدي إلى تسجيع المريض، وتوسيع إدراكه حول موضوع الخوف، ويعبر عنه المريض نحو المعالج والعلاج كما يعزز راحته النفسية واستعداده للاستمرار في العلاج ومساعدته في ذلك.

٢ - مرحلة عرض الصور والرسومات: حيث يتم عرض الصور أو الرسومات التي يقوم المعالج بإعدادها والمتعلقة بالموضوع الذي يثير الخوف أو القلق لدى المريض، وتعتبر هذه المرحلة كمر تجسيداً من مديته للمثير المخيف كما أنها أشد إثارة، ويمكن للمريض أن يدرك من خلال هذه الصور حجمه، وتلون، ووزن، وشكل، وصفات لشيء أو لحيوان المثير للخوف، وذلك هذه المرحلة مفيدة في بعض الحالات دون غيرها.

٣ - مرحلة المجسمات: حيث يتم استحضار المثير الأصلي من خلال بعض المجسمات مثل الألعاب البلاستيكية والحيوانات المحنطة، أو المعروض... حيث يساعد المريض بتجربة المعالج ويحاول لمسها وإثارة دون خوف أو قلق، وتعتبر هذه المرحلة أشد إثارة وتجسداً من سابقتها أيضاً.

غير قادر على تفهم استجابة الاسترخاء وتعلمها، ومريض آخر فشل في علاجه لأنه لم يقدم بيانات صحيحة عن حالته إلى المعالج، ومن الطبيعي أن على المعالج أن يشرح للمريض الأسس المنطقية في عمديته العلاجية مع

القلق باستجابات أخرى، كما أن عليه أن يقنع المريض بذلك وأن يثير لديه السبل إلى المساعدة والتعاون في جميع خطوات العلاج.

### شروط ضرورية من أجل نجاح العلاج:

إن الخطوات التالية بعد عملية جمع البيانات عن المريض وتشخيص حالته، وبناء مدرج القلق... هي أن يقوم المعالج بصياغة الخطة العلاجية وتحديدتها (A, Therapeutic Plan)، ولا يوجد ما هو غامض في طريقة جوزف ولبى الذي يقوم بصوغ أهدافه الخاصة، ثم يختار التقنيات الخاصة من أجل تحقيقها، ومن النقاط الهامة لدى ولبى في تعديل سلوك المريض ما يلي:

١ - العلاقة العلاجية: يرى جوزف ولبى أن جميع الاتجاهات العلاجية تعمل على خلق نوع خاص من العلاقة الإنسانية بين المعالج والمريض (أو العميل)، وهذه العلاقة ينتج عنها شحنة من الاستجابات العاطفية العلاجية، وإذا كانت

٤ - المرحلة الأخيرة هي مرحلة تقديم المثير الحقيقي وما يقرب منه قدر الإمكان، مثلاً تحضراً على عكبات أو أفعى ذات دم صمدت معصية، ولائحة إلى مكان الخوف، أو الصعود إلى الأماكن المرتفعة، أو الوقوف في مناطق مكشوفة... الخ، وفي حالة الخوف من لحيون يمكن وضع لحيون داخل زحاجة أو قفص، ثم خراج لحيون بعيداً، ثم فريده، بوجود المعالج ولا يبعد عنه... ويلاحظ أن هذه المراحل تبدأ بالتصورات الفكرية وتنتهي بالواقع، وهذا قد استوفى بتطبيق هذه الخطة على حالة فتاة تخوف خروف مريض من رؤية الأفعى (Snake Phobia)، وكان هذا الخوف يؤدي بها إلى الصداق، والدوار، والتشنجات، وبعد جلسات علاجية عدة تحسنت حالة الفتاة وصيحت شعور بالراحة بعدة جلسات علاجية أو مشاهدتها للأفعى ودون خوف أو قلق، ومن الطبيعي أن يفضل سحبت عن المثيرات الصاعدة للمريض من الخوف من الفئس، الخوف من لحيون، من أحسن تطبيق، من التحسرات لطائرة، من أحد الخوف من الأميرة بالأف، من المناطق لغارة أو لمهجورة، من الحجرة، من الظلام، من نداء لحيوان، من لحيون... الخ، لا ينفك إلى حد ما، حفاف من وصفات لحيون الأصلي لتعديل الذي يجمع إلى المراحل السابقة، والتصوير... والمجسمات، والمزج...

هذه العواطف مضادة للقلق، وفي قوة كافية لكف ردود الفعل المقلقة فإنه سيحدث بعض الانطفاء للقلق. على سبيل المثال يذكر وليبي حالة شاب ميكانيكي عمره ٣٠ عاماً عُولج من خوف شديد متصل بعدم قدرته على مواجهة الناس أو النظر في وجوههم عندما يتحدث إليهم، وتمكّن ولم يبق له أي تقييدات علاجية. وتمّ خلال هذه المقابلات الحدّ من أن يكون قلق المريض قوياً أثناء المقابلة ومواجهة المعالج، أي أقوى من الاستجابة العاطفية الناجمة عن العلاقة الودية بين المعالج والمريض والتي بدورها مضادة للقلق، هذا بالإضافة إلى عملية التنفيس (Abreaction) والتداعي الرمزي لخبرات الخوف السابقة. إنها حالة خاصة، وكان وليبي يتوقع أنه لا يمكن الحصول على تأثيرات وجدانية دائمة من خلال عملية المواجهة والتنفيس وتكوين علاقة ودية والاستماع للمريض، والتقبّل... والواقع أن الآثار العلاجية تتحقق عندما يشعر المريض بنوع من التصادم (Impact) أو التأثير بين العلاقة الوجدانية والودية وبين الموقف المخيف أو التجربة المقلقة، ويفضل وليبي استخدام تقنيات (Techniques) أكثر إتقاناً، تعضي المعالج القدرة والسيطرة على إجراءات العلاج، وتؤدي إلى التغيير وتسهيل (Facilitate) عملية التغيير التي لا تحدث ببساطة، والتي تكون نتيجة للعلاقة العلاجية.

٢ - يذكر وليبي في كتاباته العديد من الإجراءات العلاجية: التي يعتقد أنها ذات تأثير مفيد لكنه محدود، وهي لا تعتبر أساسية في مجال العلاج النفسي السلوكي (التقليدي)، من بين هذه الإجراءات تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المريض (Correction of Wrong Ideas)، والانضباع الذي يعطينا إياه وليبي أنه يحاول ببساطة أن يقنع المريض بأن لديه مفاهيم خاطئة. والواقع أن هذا الانضباع قد يعتبر هاماً ومفيداً قبل عملية العلاج. ومثال آخر هو إيقاف التتابعات الفكرية غير المرغوب فيها، ويقترح وليبي أن الإيقاف ممكن من طريق الإشراف واستخدام كلمة قف (STOP) لكف هذه الأفكار غير المرغوب فيها. وأخيراً يقترح وليبي أن بعض العقاقير قد تكون مفيدة في

وقف استجابة القلق أو إطفائها، ومن الواضح أن تكتيك العلاج لدى وليبي يعتمد على إجراءات متنوعة ومختارة لكي تؤثر في تعديل استجابات محددة... وهذا يقودنا إلى سؤال هام عن تقويم نظرية وليبي وتقنيات العلاج.

### التحصين المنظم خلال المقابلات

#### (Systematic Desensitization During Interviews):

تعتبر طريقة التحصين المنظم (أو التخلص من الحساسية كما يترجمها البعض) واحدة من التقنيات الأكثر استخداماً لدى جوزف وليبي، ويعتبرها وليبي من الإجراءات العملية الهامة التي استخدمها لإطفاء استجابات الخوف والقلق لدى قطط التجارب، وذلك عندما كان وليبي يطعم القطط مع تقديم جرعات (Doses) متزايدة تدريجياً من القلق الذي يثار بواسطة أحداث معينة، وكانت الخطوة الأولى لدى جوزف وليبي وضع قائمة (The List) من الظروف والمناسبات التي تكون ردود فعل المريض عليها باستجابات غير مناسبة من القلق، وترتب القائمة في نظام تنازلي (Descending Order) حيث تكون الظروف التي تؤدي إلى حالات قلق شديدة في المقدمة أو في الأعلى (At The Top)، والظروف التي تؤدي إلى حالات قلق أضعف (The Weakest) توضع في أسفل القائمة (At The Bottom)، والمعالج بإمكانه تنظيم قوائم عدة على النحو الذي أشرنا إليه في بناء مدرجات القلق، وذلك بالاعتماد على تقرير المريض والمعلومات التي جمعت عن مشكلته. وعلى سبيل المثال قام جوزف وليبي بوضع قائمة أو بناء مدرج قلق لمريض يخاف من العداوة (Fear of Hostility)، وكانت هذه القائمة على النحو التالي:

- ١ - الملاحظات الانتقادية من الزوجة.
- ٢ - الملاحظات الانتقادية من الأصدقاء.
- ٣ - التهكم من الناس (Sarcasm).
- ٤ - التحدث أمام جمعة.
- ٥ - التجمع الاجتماعي الواسع.

٦ - التوبيخ (Nagging).

٧ - تعليمات رتيس العمل.

٨ - المحادثات مع العمال (Co-Worker).

٩ - الناس الشديده الانحاح- (Ovaly Solicitious People)

ويمكن تعريف عمليه التحصين المنصم بانها جزء هام من صريقه الكف بالنقيض، وهي عمليه إشراف مضاد للقلق، تسهم في عمليه الانطفاء. والخطوة التالية للمعالج هي تحديد أو اختيار الاستجابة المضادة للاستجابة غير المرغوبة، وتكون قوية أو مسيطرة، وعادة تستخدم استجابات الاسترخاء، والاستجابات التأكيدية والاستجابات الجنسية... بالإضافة إلى استجابات أخرى أشير إليها سابقاً، كاستجابات التنفس، واستجابات البهجة في مواقف الحياة مع استخدام بعض العقاقير السارة.... إلخ ويفضل جوزف ولبي استخدام أساليب الاسترخاء أثناء المقابلة، وأثناء التحصين المنظم، أو أثناء استثارة استجابات انفعالية معينة، ويعتمد اختيار نوع الاستجابات على طبيعة المثيرات التي تحدث القلق وعلى خبرة المعالج وتقديره للموقف بعد التشخيص الدقيق، وقد وجد ولبي مثلاً أن الاستجابات الطعامية أكثر ملاءمة في حالات الأطفال بينما الاستجابات الجنسية والعاطفية أكثر ملاءمة لحالات المراهقين والشباب.

١ - استجابة الاسترخاء.

٢ - أساليب التدريب على الاسترخاء.

أ - أسلوب حاكوسون.

ب - أسلوب جوزف ولبي.

ج - أسلوب مارتن وبير.

د - أساليب أخرى.

١ - الأسلوب الأول للاسترخاء

٢ - الأسلوب الثاني للاسترخاء

٣ - الأسلوب الثالث للاسترخاء

٤ - الأسلوب الرابع للاسترخاء

١ - تمارين التنفس

٢ - تمارين التأمل

٣ - تمارين توليد الأفكار

٤ - تدريب وعي الجسم

٥ - تدريب إرخاء العضل

٦ - تدريب الاستجابة

٧ - العلاج النفسي بواسطة اليوغا

- علم الأعصاب اليوغي

- الأمراض العصبية

- العلاج

- العلاج بالتركيز

- الاسترخاء

- طريقة الريكي

٥ - الأسلوب الخامس للاسترخاء

٢ - الاسترخاء وعمليات التغذية الراجعة الحيوية.

## ١ استجابة الاسترخاء:

لاحظ وليبي أن لشدة القلق التي يحاول إخمادها ارتباطاً بالحالة البيولوجية، وكذلك بحالة التوتر العضوي (The Tension)، كما لاحظ من خلال تجاربه أن من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً إيجاد حالة استرخاء مقبولة لدى المريض. ويرى وليبي أن استجابة الاسترخاء تستخدم في جميع أشكال القلق أو الانفعالات، ويمكن للمعالج استخدام إجراءات عدة لإحداث استرخاء عضلي مقبول أو عميق، ويستخدم بعض المعالجين التنويم المغناطيسي مع حالات مختارة من المرضى لتسهيل الاسترخاء، كما يستخدم البعض الآخر جرعة من العقاقير المهدئة مثل الفاليوم قبل الجلسة بحوالي نصف ساعة وتحت إشراف طبيب مختص. ويجب على المعالج أن يذكر للمريض الطريقة التي سوف يستخدم بها الاسترخاء في إزالة القلق. وفي الحياة اليومية حيث يكون المريض واعياً بحالات التوتر، واستجابة الاسترخاء (Relaxation Response) تعتمد على مبدأ فسيولوجي وهو أنه بالاسترخاء التصاعدي (Progressive Relaxation) لمعضلات، تتلاشى آثار النشاط الذهني شيئاً فشيئاً، كما تتلاشى الاضطرابات الانفعالية، أو تضعف... والفكرة الأساسية لعملية الاسترخاء هي وضع المريض في حالة استرخاء على أن تقدم له في هذه الأثناء المثيرات التي أدت إلى قلقه أو خوفه المرضي. ويرجع الفضل الأول في استخدام الاسترخاء لتخلص من حالات التوتر والانفعالات إلى العالم جاكوبسون (Jacobson) (١٩١٢) الذي اهتم بدراسة الاسترخاء العضلي حتى عام ١٩٣٨ حيث ظهرت له مجموعة من الكتب والدراسات كان أبرزها عن الاسترخاء التصاعدي المتدرج. والبرنامج الذي يعتمد عليه جاكوبسون في التدريب على الاسترخاء العضلي هو برنامج مطول يحتاج إلى وقت وجهها، أما البرنامج المستخدم في عملية التحصين المنظم فهو

محدود ولا يتجاوز السبع جلسات مقارنةً ببرنامج جاكوبسون الشامل. حيث إن المعالج في العلاج السلوكي يركز اهتمامه على مجموعة خاصة من العضلات، على سبيل المثال عضلات اليد اليسرى ومقدمة الذراع (Forearm)، وبعض العضلات الأخرى. ويلاحظ المعالج مشاعر المريض (The Feels) حيال ذلك، ويشجعه على تحقيق الاسترخاء بشكل تدريجي، ويبقى مستمراً في ملاحظة هذه المشاعر والأحاسيس (Sensations). ومن المسلم به (Presumably) أن بعد محاولات تدريب عدة يحقق المريض بعض التحكم الرمزي في هذه المجموعة من العضلات. وشيئاً فشيئاً يتم تدريب المجموعات المختلفة من العضلات بالطريقة نفسها حتى يتمكن المريض من تحقيق الاسترخاء لمعظم عضلات جسمه. وبالنسبة للمرضى الذين لم يتمكنوا من تعلم تحقيق الاسترخاء بإرادتهم عندما يُطلب منهم ذلك، فإن هذه الطريقة العلاجية تصبح غير فعالة (Ineffective). وهناك صعوبات تكمن في هذا الأسلوب العلاجي في أن المريض لا يتسكن من تحقيق الاسترخاء المطلوب، وانخفاض قدرة المريض على الاسترخاء والإحساس بالقلق نتيجة فقدان التحكم المرتبط بالاسترخاء، والعجز عن التخيل البصري... ويمكن للذين يجدون صعوبة في عملية التدريب على الاسترخاء أن يستفيدوا من تعديل أسلوب الإيحاء لدى المعالج، فمثلاً إذا كان الشخص أساساً من النوع السمعي أكثر من أن يكون من النوع البصري، فإنه يمكن أن يُطلب منه الاسترخاء من طريق تصور نفسه يستمع إلى نوع من الموسيقى الهادئة التي تساعد على الاسترخاء. وإذا كانت الصعوبة في الأفكار الغريبة التي تتوارد على ذهنه، فإنه يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يكرّر ويصمت عبدة مثل: "إن أظرفي تزداد ثقلاً واسترخاءً"، وأن يتخيل المريض نفسه مستلقياً على أريكة تحت الشمس... إلخ. وعادة يكفي بالنسبة إلى هؤلاء الذين يصعب عليهم تحقيق الاسترخاء طمأننتهم بأنهم سيحصلون بالتدريب على قدر إضافي من التحكم... ومن المفيد التأكيد للمريض أنه لم يقع تحت أي تأثير من جانب المعالج، وأن بمقدوره وقف عملية التدريب متى يشاء. وتؤدي هذه التأكيدات والصبر من المعالج، إلى نتائج طيبة، وفي حالة المرضى الذين يجدون صعوبة

في التخيل البصري فإنه لا يمكن استخدام هذا الأسلوب. وقد يعدل هذا الأسلوب إلى تحسين منظم بالاعتماد على مواقف واقعية أو حيّة، وذلك حين تكون المنبهات المثيرة للخوف متاحة وتحت ظروف يمكن ضبطها، وطريقة

وهي تعتمد ببساطة على عملية تشبه التدرجات الرياضية العضلية التي تقوم بها النساء في حالة الحمل حتى يستطعن الولادة بدون ألم، وتهدف طريقة جاكوبسون إلى إيجاد حالة استرخاء شبه تامة أو شاملة، مضادة للقلق، (عندما أنه يصعب من الناحية الإجرائية الوصول إلى حالة استرخاء عضلي تامة) ودليل جاكوبسون حول ذلك أن الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها ارتباط بعملية التقلص العضلي، بل تلازمها، ومعنى ذلك أن هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي، وبين إدراك الفرد لأي حالة وجدانية عاطفية، فإذا زال التوتر العضلي فإن مشاعر الفرد الوجدانية تختلج أو تتعدل. ومن أجل دعم هذا الغرض لاحظ جاكوبسون (١٩٣٩) أن درجة النبض (The Pulse Rate)، وكذلك ضغط الدم (Blood Pressure) (وغير ذلك من الاضطرابات السيكلوسوماتية)، عادة ما يرتفعان في الحالات الانفعالية، وأن الاسترخاء العميق يؤثر في خفض نسبة ذلك.

وفي عام ١٩٦٣ لاحظ كل من كلارك (Clark) وروبي خلال تجاربهما أنه يمكن قياس درجة القلق من طريق قياس مدى مقاومة الجلد لمرور التيار الكهربائي، وكذلك من طريق عملية التعرّيق حيث تبيّن أن زيادة مقاومة الجلد لتغذية التيار الكهربائي، ومقاومته لعملية التعرّيق يمكن أن تعتبر حالات مضادة للقلق، وذلك عندما يوضع الفرد في حالة استرخاء عضلي حيث تضعف لديه الإفرازات العرقية الجلدية، ويصبح الجلد أكثر مقاومة لمرور التيار الكهربائي، وحالياً تستخدم أجهزة كهربائية صغيرة<sup>(١)</sup> تعمل على عكس التغيرات العضوية

(١) أهم الأجهزة الكهربائية المستخدمة في هذا المجال هي:

١ - جهاز قياس حرارة الجلد (Skin Surface Temperature Thermal).

٢ - جهاز قياس مقاومة الجلد الكهربائية (Galvanic Skin Response) (GSR).

التي تطرأ على الفرد أثناء حالة القلق أو الخوف... أو أثناء الاسترخاء العضلي، وهذه التغيرات الفسيولوجية العضوية قلّما يعيها أو يدركها الفرد، أي تكون دون شعوره، أو دون عتبة إحساسه، وخلال تدريب الفرد على الاسترخاء تخضع هذه التغيرات الفسيولوجية للسيطرة الإرادية لدى المريض، ولا بدّ من تزويد المريض مباشرة بالمعلومات عن حالته العضوية مثل التوتّر العضلي، أو مقاومة الجلد الكهربائي... (الخ)، وهذا يسهم تدريجياً في جعل المريض أكثر قدرة على التحكم في مشكلته، وفي ذاته، وفي تنظيم هذه الذات (Self Regulation)، استناداً إلى معرفته لحالته الفسيولوجية.

وعادة يقابل المعالج المريض ويتفق معه على فترات التدريب، التي تقسم أيضاً إلى أقسام فرعية داخل كل جلسة علاجية، وقد تبين أن تقسيم جلسة المريض تؤدي إلى راحة المريض وعدم إرهاقه، ويمكن للمعالج أن يحدّد هذه الفترات وذلك حسب حاجة المريض، وحالته، واستجابته للعلاج... وبصورة عامة لا يوجد هناك قواعد منتظمة ودقيقة، وما يهم المعالج المرنة (Flexibility)، وكما أشرنا في السابق قد يواجه المعالج بعض الصعوبات بالنسبة لبعض المرضى حيث يكون هؤلاء بطيئاً الوصول إلى المستوى المطلوب من الاسترخاء، وبشكل عام يجد معظم الأفراد سهولة في الوصول إلى الاسترخاء المطلوب، وذلك بفضل التدريب المستمر، وتكرار التدريب في المنزل. ومعظم المعالجين يقوم بتدريب المريض

على الاسترخاء من أجل نقل هذه الخبرة الاسترخائية إلى مواقف الحياة اليومية حيث تصادفه مواقف مقلقة أو مؤثرة. وكما أشرنا إلى إن هذا الاتجاه يعتمد على تقنيات جاكوبسون في الاسترخاء التصاعدي، كما يعتمد على عملية توليد الأفكار (Autogenic) بواسطة الإيحاء الذاتي. وعملية الاسترخاء هذه تعتبر عملية تدريجية، وتتمتع بخصائصها، ويسبق عدة تمارين الاسترخاء بعض الإيضاحات أو التعليمات عن كيفية عمل الاسترخاء في الحالات العلاجية، ذلك لأن مثل هذه الإيضاحات والتعليمات تقلّل من استفسارات المرضى وتحدّ من تنازل المريض عن سيطرته، أو عن ضبطه لحالة الاسترخاء نتيجة لعامل معين، والواقع أن مثل هذه الأمور غالباً ما تزول بعد فترة من التدريب، وأن معظم المرضى يبدي تمتعه بحالة الاسترخاء التام. إن مثل هذه التوضيحات للمريض تؤكد له أهمية الاسترخاء في إزالة التوتّر والتعلم ويتعلم المريض أن المعالج سيحاول أن يصل به إلى حالة من الهدوء الفعلي أكثر مما نجده لدى الأفراد العاديين، ومن الضروري وضع نظام للتمارين، حيث يصبح المريض قادراً على التمييز بين حالتي التوتّر العضلي والاسترخاء العضلي، إلى أن يصل المريض تدريجياً إلى حالة من الضبط والسيطرة على عضلاته. ويرى جيمس لافلور (Lafleur, J.) (١٩٧٩) أنه يجب النظر إلى الاسترخاء في العلاج على أنه مهارة بحاجة إلى التدريب المنظم والتكثيف. ويقترح المعالجون النفسيون (Martin and Pear) (١٩٧٩) ضرورة مراعاة شروط البيئة بحيث تسمح بإجراء عملية استرخاء مفيدة، كأن تكون غرفة العلاج هادئة، وخالية وبعيدة عن كل ما يزعج أو يقض على عملية الاسترخاء. مع تأمين الراحة والتهوية اللازمين، ومن الضروري أن يكون الكرسي الذي يجلس عليه المريض مريحاً، وغير مرتفع كثيراً، ويسمح للمريض أن يستلقي بشكل مريح، ويُفضّل أن يكون مرتفعاً قليلاً عند الرأس. أو أن يكون له ظهر يرتفع قليلاً، ويدرب المريض حوالي (٦ - ١٠) مقابلات ويخصص لكل مقابلة حوالي (٢٠ - ٣٠) دقيقة، ويطلب من المريض عمل تدريبات في المنزل يومياً، أو في مكتبه، ويمكن الاستعانة بشريط كاسيت مسجل عليه تعليمات الاسترخاء، إلى أن تتشكّل لدى المريض في النهاية عادات الاسترخاء من خلال تكرار التدريبات. ويذكر الدكتور محمد حسني الحجار في

٣ - جهاز تخطيط العضلات الكهربائي (EMG) (Electromyograph).

٤ - جهاز التخطيط الكهربائي للمخ (EEG) (Electroencephalograph).

٥ - جهاز نبض القلب (HR).

٦ - استخدام التغذية الراجعة في جهاز قياس انقباض العضلات.

٧ - جهاز التغذية الراجعة الهيمنية (Plethysmograph).

٨ - جهاز التغذية الراجعة المعادية والمعوية - مقياس (PH).

٩ - جهاز التغذية الراجعة النسبية.

١٠ - الخ.

وتقوم هذه الأجهزة بتضخيم التغيرات الفسيولوجية الناتجة عن عوامل نفسية الفعلية مثل التوتّر والقلق والخوف... والتي لم يدركها الفرد سابقاً... انظر ملحق رقم (٤).

كتابه «فن العلاج في الطب النفسي السلوكي» أن هناك مبادئ عامة لتحقيق الاسترخاء المفيد والمهارة في تعلم الاسترخاء، ومن بينها:

١ - اختيار الكلمات المناسبة في التوجيه، مثل (اترك) أو (دع) عضلاتك الجهد، والإجبار أو القسر بينما الكلمات الأولى تدل على الاستجابات الإرادية.

٢ - يجب على المعالج عرض عملية تعلم الاسترخاء ببطء وإيقاع في بداية التعلم التدريبي، وعدم الإسراع في عرض الكلمات الإيحائية - الاسترخائية مع فواصل زمنية.

٣ - مراعاة الفروق الفردية في تقنية الاسترخاء، وتفسير هذه الخبرة وأهدافها، وفوائدها.

٤ - الابتعاد عن السلبية، وتجنب التضخيمات والصور السلبية، مثلاً التعابير التالية:

(أنت مسترخٍ براحة وتشعر بالثقل)، ولا تستخدم عبارات مثل (دع أطرافك تموت من كثرة الشعور بالثقل)، ويجب الانتباه إلى أن ليس كل إنسان يستمتع بالصور والتخيلات وتبدو له سارة، مثلاً: (الاستلقاء تحت أشعة الشمس الحارة)، أو (التحليق في الطائرة)، لذلك يُفضل سؤال المريض مقدماً إذا كان يفضل صوراً معينة يتخيلها، أو يسأل عن التخيلات والصور التي تزعجه.

٥ - إدراك علامة التوتر: تجب على المعالج والمريض ملاحظة علائم التوتر والاسترخاء، فالسعال والحركة، والتلوي، والتنفس غير المنتظم، والتشنج العضلي، غالباً ما تكون مظاهر لتبدل الأسلوب، أو للاستعلام عن صعوبة المواجهة.

٦ - على المريض أن يحصل في نهاية كل جلسة علاجية على التغذية الراجعة، حيث يتكلم المعالج مع المريض عن مشاعره وردود أفعاله، والمقاومات النفسية التي ظهرت خلال الجلسة (المقصود هنا: مشاعر وردود أفعال المريض)، وحسب التغذية الراجعة يمكن أن يبدل المعالج طريقة العلاج.

وعلى المعالج أن يسأل في ما إذا كانت هناك في جسم المريض عضلة لم تسترخِ بعمق كما يجب؟ وعليه أن يلفت نظر المريض إلى أن هدف الاسترخاء هو استخدامه في الحياة اليومية لمواجهة التوترات التي تصادف...

٧ - يجب تنبيه المريض إلى أهمية بقاءه يقظاً واعياً خلال الاسترخاء، وخاصة أثناء ترخيم المعالج لصوته ليكون موحياً بالهدوء والاسترخاء، وأن يتيح الوقت الكافي للمريض من أجل فهم المعلومات المقدمة له. إن بعض حالات النوم أثناء الاسترخاء قد يكون وسيلة لتجنب الاسترخاء، أو أن الاسترخاء أدخل المريض في النوم، وهنا يجب توضيح الفرق بين النوم والاسترخاء الواعي، مع لفت النظر إلى أن المريض إذا كان متعباً أو يريد النوم ألا يتدرب في المنزل على الاسترخاء.

٨ - في بعض الحالات يخاف المرضى أحياناً عند ممارسة الاسترخاء، فيشعرون بأنهم يكادون يفقدون السيطرة على ذواتهم أو تغمرهم مشاعر غير مألوفة، من ذلك الإحساس بالانجراف (Drifting) مع الخوف من فقدان السيطرة على الذات (أو على المثانة أحياناً حيث يتبول المريض أثناء الاسترخاء)، لذلك يجب على المعالج أن يؤكد بأن الاسترخاء هو وسيلة لضبط الذات، والسيطرة على أعضاء الجسم وليس فقدان السيطرة...

٩ - على المريض أن يفهم أن ما يتدرب عليه هو لنفسه وليس للمعالج، وأن كل تدريب على الاسترخاء من شأنه إغناء الذات بقدر أكبر من عمق الاسترخاء.

١٠ - إذا اتضح للمعالج أن تدريبات الاسترخاء غير كافية، وغير محققة تُعرض لدى مريض معين، على المعالج تغيير طريقته ونقل المريض إلى الاسترخاء المتصاعد (تناوب إرخاء العضل وتقلصه)، أو تطبيق أساليب الاسترخاء القائمة على التخيل أو توليد الأفكار الإيحائية (Autogenic) وذلك حسب الأسلوب الذي يراه المعالج.

١١ - إن بعض الأمكنة والأوقات أكثر ملاءمة لممارسة الاسترخاء من غيرها، ومن المفضل عادة ممارسة التدريبات البيئية صباحاً بعد الاستيقاظ، أو مباشرة قبل النوم، وأن تسارس على مقعد مريح وليس على سرير النوم، لأن التعاس



يعوق الإفادة من الاسترخاء وبقاء الفرد في حالة وعي وتواصل مع المعالج أثناء عملية الاسترخاء، وعلى المعالج أن يبين للمريض أن حالة الاسترخاء تختلف عن حالة النوم العادي.

في حياته العادية اليومية، أو عندما يكون في مواقف معينة (وخاصة مواقف القلق والشدة النفسية) من أجل تعزيز الاسترخاء وجعله عادة مفيدة، والجدير بالذكر أن جلسة التدريب على الاسترخاء تستغرق حوالي (٣٠ - ٤٥) دقيقة وذلك عند البدء بالتدريب، وبعد عملية التدريب واكتساب مهارة الاسترخاء يستطيع المريض تحقيق الاسترخاء في غضون خمس دقائق تقريباً.

## ٢ أساليب التدريب على الاسترخاء:

### أ- أسلوب جاكوبسون (الاسترخاء التصاعدي) (Progressive Relaxation):

إنه أسلوب مطوّل يحتاج إلى وقت وجهد حيث يتم في هذا الأسلوب تدريب كل عضلة من عضلات جسم الإنسان. وفي هذا الأسلوب يتم تدريب الأذرع (The Arms) على الاسترخاء، ثم تدريب منطقة الرأس، ثم باقي مناطق الجسم حتى القدمين، والواقع أن ليس هناك نظام ثابت من حيث مناطق البدء، فقد يبدأ البعض بالرأس أو بالقدمين، ولكن جاكوبسون يفضل البدء بالأذرع أو بالساعدين، كما يفضل ذلك بعض المرضى، حيث يطلب من المريض أن يسترخي أو يستريح على كرسيه تماماً ثم يطلب منه إغلاق قبضة يده اليمنى والشد عليها إلى أن يشعر بفاعلية شديدة تزداد كلما حاول المريض الشد على قبضته أكثر، ثم يحاول المريض أن يتصور أو أن يشبه هذا الشعور الذي وصل إليه من التوتر والاسترخاء العضلي، وبعد حوالي خمس ثوانٍ يطلب من المريض أن يسترخي ويدع قبضته تفتح وتسترخي مع الساعد والأصابع والمعصم وبحيث تتدلى الذراع (Floppy)، وفي الوقت نفسه يلاحظ المريض الفرق بين حالة التقلص أو الشد وبين حالة الاسترخاء والراحة، ويكرّر المريض التمرين مرة أو مرتين أو أكثر، وحتى يستطيع المعالج أن يشعر بأن المريض كوّن فكرة عملية واستطاع أن يضبط أو يسيطر على عضلات هذا الجزء من الجسم. وهكذا ينتقل المعالج بالطريقة نفسها إلى اليد

اليسرى ومقدمة الذراع اليسرى، وبعد ذلك يطلب من المريض تدريب كلتا الذراعين، وذلك مع ضرورة الإبقاء على باقي عضلات الجسم في حالة راحة واسترخاء قدر المستطاع، ثم يتحوّل المعالج إلى القسم الأعلى من الذراع، فيطلب

المستطاع، ويطلب منه أن يزيد من عملية الشد والتوتر (انظر الملحق رقم (٣))، وأن يبقى على هذه الحالة لبضع ثوانٍ، وبعد ذلك يطلب منه أن يسترخي ويدع ذراعه تسقط حرّة مسترخية دون أي توتر ما أمكن، وفي هذه الحالة يعطي المريض بعض المعلومات عن إحساسه بعمليتي التوتر والاسترخاء والفرق بين الحالتين، ويتكرّر هذا التمرين في اليد اليمنى ثم اليسرى، ثم كلتا اليدين معاً، وبعد ذلك يطلب من المريض تقليص العضلة العليا الخلفية للذراع (Triceps) وتعاد المراحل السابقة نفسها من التقلص والاسترخاء، وحتى يصبح التمييز واضحاً بين الحالتين قدر الإمكان. وبعد الانتهاء من كل عملية يتأكد المعالج من أن المريض يستطيع أن يقوم بعملية استرخاء وتقلص صحيحة، وذلك من طريق اختبار بسيط هو رفع الذراعين قليلاً وتركههما تسقطان على ذراع الكرسي، ويستطيع المعالج المتدرب أن يتعرف على درجة استرخاء اليد، وأحياناً بالنسبة إلى مرضى مبتدئين قد يجدون صعوبة في إبقاء الذراع بعنف على الكرسي... وبعد ذلك ينتقل المعالج إلى رأس المريض وعنقه، مع تكرار عملية الاسترخاء والتقلص، ومع الاهتمام بعضلات الشفاه، واللسان، والفكين، والأنف، وفروة الرأس، والجبهة، وحول العينين، وتعالج هذه الأجزاء بنفس الأسلوب والطريقة التي استخدمت في تدريب الذراعين. على سبيل المثال الشفاه تضغط على بعض بشدة مع بروز إلى الأمام على شكل فم حفيظة النفود (Pursed)، ثم يعقب ذلك الاسترخاء، أما العينان فتثبتان إلى الأعلى ثم إلى الأسفل، ثم إلى اليسار، ثم إلى اليمين وبشدة، ثم تسترخيان مع الاهتمام بعضلة الجبين جيداً، وهكذا عضلات الرقبة من طريق ضغطهما إلى الأمام والخلف ومن اليمين إلى اليسار، مع تكرار التمرين لجميع عضلات المنطقة الواحدة، وحتى ينمو لدى المريض الإحساس بالفرق بين التقلص والاسترخاء، أما الكتفان (Shoulders) فيقوم المريض برفع إحداها ثم الأخرى إلى الأعلى والأمام، ثم دفعها نحو الخلف بشدة وتوتر، يلي

ذلك حالة من الاسترخاء. بعد ذلك ينتقل المعالج بالمريض إلى عضلات الصدر (The Chest) وذلك مع الاعتماد على عملية التنفس، أو من طريق القيام بحركات ضغط على الطرف العلوي من الذراعين والكتفين، مع تنفس عميق يصاحبه توتر.

سم ريزر توب ح  
صعباً إلى حد ما وخاصة بالنسبة إلى النساء، ذلك أن الهدف هو جعل القسم الداخلي من الأعضاء في حالة توتر ويتم ذلك من طريق شد المعدة وسحبها نحو الداخل باتجاه الظهر، ثم الاسترخاء، وكذلك عضلات الظهر (The Back)، فإنها تعالج عن طريق تقويس الظهر (Arching The Back) لدرجة التوتّر. ثم بعد ذلك الاسترخاء وتكرار العملية مرّات عدّة، يلي ذلك ثني الركبة (The Knee) قدر المستطاع وحتى تقلص عضلات الردين (Buttocks)، ومن ثم أصابع القدم (The Toes)، وبطّة الساق (Calves)... إلخ، ويلاحظ أن هذه الأمثلة تركّزت على العضلات الأساسية في الجسم وليس كلها، ومع ذلك فهي كافية لإحداث عملية استرخاء مضادة لحالة القلق الخفيف (Mild Anxiety).... ويلاحظ أن أسلوب جاكوبسون يحتاج إلى وقت طويل أو إلى أشهر إلى أن يتقن المريض عملية الاسترخاء، كما أن هذا الأسلوب غير عملي في عملية العلاج، لذلك قام جوزف ولبي بتعديله والوصول إلى نتائج إيجابية أفضل وأسرع وذلك على النحو التالي:

### ب- أسلوب جوزف ولبي في الاسترخاء العضلي:

قسّم ولبي عضلات الجسم الإرادية إلى ست مجموعات هي:

- ١ - مجموعة عضلات الوجه.
- ٢ - مجموعة العضلات الموجودة في الظهر وحول العمود الفقري طولياً.
- ٣ - مجموعة عضلات الكتف.
- ٤ - مجموعة عضلات الذراعين.
- ٥ - مجموعة عضلات البطن والفتنص الصدري.
- ٦ - مجموعة عضلات الساقين والأصابع.

ثم قسّم ولبي كل مجموعة من هذه المجموعات إلى عدد من المجموعات الفرعية، حيث يفرّق مثلاً بين عضلة الساق وعضلة الفخذ، أو بين عضلات الرقبة، وعضلات الجبين... والدافع الذي دفع ولبي إلى ذلك أنه وجد من خلال تجاربه

أن بعض المرضى يلزمهم تدريب الاسترخاء لعضلة معينة من أجل إنجاح العلاج، ويتناول ولبي في علاجه يتناول هذه المجموعات العضلية الست بشكل منظم، حيث يتم التركيز على المجموعة الأولى في الجلسة الأولى، ويتنوع بإجراءه

وينصح ولبي المعالج ألا يأخذ أكثر من (٣ - ٤) مجموعات عضلية فرعية في الجلسة الواحدة، وحتى لا تتحوّل العملية إلى تمارين رياضية بدون الوصول إلى نتائج دقيقة. وهكذا يتدرب المريض على التقلص (Contraction) والاسترخاء العضلي لمدة معينة يزداد تدريجياً لمدة (٣ - ٤) دقائق بالنسبة لكل مجموعة فرعية. ولا بدّ أن يبقى المريض مدة كافية في حالة تقلص عضلي حتى يكتسب الإحساس الكامل بالتقلص العضلي، لهذا نرى أنه إذا كانت مدة الجلسة (٤٥ - ٥٠) دقيقة فإن المعالج لا يستطيع التقدّم أكثر من (٤ - ٥) مجموعات فرعية.

لقد صدّم جوزف ولبي طرقاً خاصة لكل مجموعة أساسية وفرعية من العضلات، وذلك للوصول إلى عملية تقلص واسترخاء تامين لدى المريض، فبالنسبة إلى عضلات العمود الفقري مثلاً يُطلب من المريض تقويس الظهر وشدّ الجزء المرتفع منه فقط، والبقاء لمدة حوالي نصف دقيقة، ذلك لأن العملية في الواقع مجهددة للمريض، ومن طريق التكرار تمكن زيادة المدة تدريجياً. ثم تعضى بعد ذلك التعليمات بالراحة. ويجب على المعالج مساعدة المريض في الوصول إلى الراحة التامة حيث يصعب على المريض التسريح للوصول إلى ذلك، ويدعى أخذ التمارين أن الشخص العادي لا يستطيع الوصول إلى تقلص لمدة (٣٠٠ - ٤٠٠) ثانية عضلة من أصل مائة ألفة عضلة، فعن طريق التمارين يحول جسم الإنسان من أصل مائة ألفة عضلية تصل إلى (٥٠٠ - ٦٠٠) ألف ليفة عضلية وهكذا.

ومن الأمثلة التي تتبعها جوزف ولبي في تدريب على الاسترخاء، أنه كان يضغط من المد بطرف القدم على ذراع الكرسي بحدسي مدية ثم يلاحظ التناقض عند تحريك القدمين في كل من اتجاهيه، وبعد ذلك يقضي المعالج على راسع المريض بقوة ثم يصاب منه أن تشي ذراعاً يعكس المقاومة، وذلك على ذات بسعير بالتوتر في العضلة ذات الرأسين عند الكتف، ويقول المعالج للمريض (أريدك أن تلاحظ ملاحظة دقيقة، إن الإحساس بالعضلة وسوف أصاب منك أن تسترخي تدريجياً

عندما أقلل أنا من قوة الضغط على ساعدك... وهكذا يبدأ التمرين عند وُلبي من الأذرع إلى الوجه، ثم الرقبة، ثم الكتف، ثم الظهر، ثم الصدر، ثم المعدة، ثم أسفل الظهر، ثم الفخذ والقدمين. وفي النهاية يتدرب المريض على استرخاء جميع عضلات جسمه، كما يتدرب على التمييز بين حائتي التوتر والراحة، ومع ملاحظة

سبع - راحة اليد اليمنى - تمرين - تمرين

وقد وجد ولبي من خلال إجراءاته في التدريب على الاسترخاء أن معظم المرضى يواجهون صعوبات عندما يبدأون لأول مرة في التدريب عليه، لذلك يجب إقناعهم بأن المسألة تعتمد على تدريب، وتعاون، وقناعة بالفائدة، كما وجد بأن هناك فروقاً بين الأفراد من حيث القابلية لعملية الاسترخاء أو التوتر. والجدير بالذكر أن العديد من علماء النفس حاولوا استخدام طريقة الاسترخاء العضلي مثل بوم (Booms) وجيفورد (Gifford) وأضافوا إلى هذه التمرينات السابقة تمرينات أخرى تتعلق بجهاز التنفس أو بجهاز الدوران، وفي الوقت الراهن أصبح بعض المعالجين (كما أشرنا في السابق) يستخدمون بعض العقاقير الكيماوية المساعدة على الاسترخاء مثل أميتال الصوديوم (Sodium Amital)، وبنثوثال الصوديوم (Sodium Pentothal)، والسكوبولامين (Scopolamin) وغيرها... وتُعطي هذه العقاقير إما من طريق الغم أو بواسطة الحقن، كما أن بعض المعالجين يستخدم الإيحاء كوسيلة لاسترخاء المريض، أو الحمامات الساخنة والتدليك الطبيعي للعضلات، هذا وقد ظهر أن طريقة الاسترخاء هذه غير فعالة في علاج الملجحة في الكلام والنطق، وخاصة الملجحة التوقفية، كما أن معظم الأطفال لا يستجيبون إلى عمليات الاسترخاء، لهذا ظهرت تقنيات أخرى في عملية الاسترخاء أكثر فاعلية ولا تتطلب جهداً أو وقتاً كبيرين مثل التدرجات التالية:

### ج - أسلوب مارتن وبير في الاسترخاء العضلي:

اقترح كل من مارتن (Martin G.) وبير (Pear J.) أسلوب الاسترخاء العضلي الذي يشتمل على الخطوات التالية:

١ - تعليمات للمريض مثل: (استمع جيداً لما سأقدمه لك من تعليمات، إنها ستزيد من قدرتك على الاسترخاء)، والآن اغمض عينيك وتنفس بعمق ثلاث مرات (١٠ ثواني صمت)..

٢ - أغلق راحة يدك اليسرى بقوة، لاحظ أن عضلات يدك قد بدأت تنقبض وتتوتر (خمس ثواني صمت) والآن افتح يدك اليسرى واسترخ (خمس ثواني صمت).

٣ - أغلق راحة يدك اليسرى بقوة مرة أخرى، لاحظ التوتر الذي تشعر به (خمس ثواني صمت) والآن افتح يدك اليسرى واسترخ (خمس ثواني صمت).

٤ - أغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، لاحظ كيف توترت أصابعك ويدك وذراعك (خمس ثواني صمت). والآن افتح يدك اليمنى لاحظ الفرق بين حالة التوتر وحالة الاسترخاء الآن (خمس ثواني صمت).

٥ - مرة أخرى أغلق راحة اليد اليمنى بإحكام، ولاحظ ما هي عليه الآن من توتر (خمس ثواني صمت)، مرة أخرى افتح راحة يدك اليمنى واسترخ (١٠ ثواني صمت).

٦ - أغلق راحة يدك بإحكام، واثن ذراعك بقوة، حتى تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى ذراعك، دع ذراعك كما هي (خمس ثواني صمت)، والآن استرخ كاملاً. لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك ويدك وأصابعك (١٠ ثواني صمت).

٧ - أغلق راحة يدك اليمنى واثن ذراعك بقوة كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع، دع ذراعك كما هي، تحسس التوتر (خمس ثواني صمت)، والآن استرخ كاملاً وركز على ما تشعر به من استرخاء ودفء (١٠ ثواني صمت).

٨ - الآن أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، اثن ذراعك بقوة أيضاً، دع ذراعك على وضعها هذا، لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن (خمس ثواني صمت)، ثم استرخ (١٠ ثواني صمت).

٩ - الآن تنتقل إلى الجبين والأعين، اغمض عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة رأسك وعينيك، الآن استرخ ولاحظ ما تشعر به من استرخاء (١٠ ثواني صمت).

١٠ - تنتقل إلى الفكين، اطبقهما بقوة، ارفع ذقنك بقوة إلى الأعلى كي تتوتر

عضلات رقبتك، دع نفسك كما أنت، الآن اضغط إلى الأسفل بقوة، أغلق شفيتك بقوة (خمس ثواني صمت)، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت).

١١- أغمض عينيك بقوة وأطبق فكك وارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة، وأغلق شفيتك، ابق كما أنت، لاحظ التوتر في جبينك، وعنك، وفكك، وشفيتك، ورفبك، ادر اسرّح سارر واسمع بادسرحاء (١٥ ثانية صمت).

١٢- ادفع بكتفك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من الظهر، اضغط بقوة، ابق كما أنت، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت).

١٣- ادفع كتفك إلى الأمام بقوة مرة أخرى، وفي الوقت نفسه ركز على عضلات بطنك، شدّها إلى الداخل إلى أقصى درجة ممكنة. لاحظ التوتر في منطقة المعدة، ابق كما أنت (خمس ثواني صمت)، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت).

١٤- مرة أخرى ادفع كتفك إلى الأمام بقوة، وشد عضلات بطنك، اشعر بالتوتر في الجزء العلوي من جسدك، استرخ الآن (١٠ ثوان صمت).

١٥- الآن سنعود مرة أخرى إلى العضلات السابقة، أولاً تنفّس بعمق ثلاث مرات (١٠ ثواني صمت)، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى واثن ذراعك، أغمض عينيك بشدة. أطبق فكك وادفع بهما بقوة إلى الأسفل، ثم ارفع ذقنك وأغلق شفيتك بقوة، لاحظ التوتر في كل جزء من جسدك، الآن استرخ، تنفّس بعمق، استمتع بزوال التوتر، فكر بالاسترخاء العاد في كل عضلاتك، في ذراعيك وراسك، وكتفك، وبطنك، (١٠ ثواني صمت).

١٦- سننتقل الآن إلى قدميك، اضغط على كعبك اليسرى إلى الأسفل، وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد في فخذك (خمس ثواني صمت)، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت).

١٧- مرة أخرى اضغط على كعبك اليسرى إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع فخذك، حتى تشعر بالتوتر الشديد في فخذك، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت).

١٨- اضغط على كعبك الأيمن بشدة، وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد، ثم استرخ (١٠ ثواني صمت).

١٩- الآن اضغط على كعبك معاً إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجلك إلى أقصى درجة ممكنة. ابق كما أنت (خمس ثواني صمت)، ثم استرخ (١٠ ثواني صمت).

٢٠- فعلت قبل قليل، راحة اليد اليسرى، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك اليسرى، وراحة اليد اليمنى، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك اليمنى، والجبين، والعينين، والفكين، والرقبة، والشفتين، والكتفين، والبطن، والرجل اليسرى والرجل اليمنى، ابق كما أنت (خمس ثواني صمت)، الآن استرخ (١٠ ثواني صمت)، تنفّس بعمق ثلاث مرات، وبعد ذلك مارس تانية تمارين التوتر (خمس ثواني صمت)، وتمرين الاسترخاء (خمس ثواني صمت)، والآن تنفّس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسدك (٣٠ ثانية صمت).

#### د - أساليب أخرى للاسترخاء:

برهنت الأساليب التالية من أنماط الاسترخاء على فعاليتها ونجاحها، لا سيما أنها مختصرة وشدتعة في مجال العلاج النفسي السلوكي والعيادات النفسية، وقد نقلها بشكل متن إلى العربية الدكتور محمد حمدي الحجار، كما قام بتطبيقها في العيادة النفسية السلوكية بدمشق، وهذه الأساليب هي التالية:

#### ١ - الأسلوب الأول للاسترخاء:

وتتضمن إرخاء العضلات واستخدام المشاهد التخيلية لشيرة للهدوء وسكينة، ويفيد هذا الأسلوب المرضى الذين يحتاجون إلى قبيل من التدريب على الاسترخاء نظراً لوجود خبرة سابقة لديهم في هذا المجال، أو التأمل. كما يفيد هذا الأسلوب أولئك الذين يكون مستوى توترهم العضلي حثيفاً، وفي هذا الأسلوب من الاسترخاء لا يطلب من المريض توتير عضلاته ومن ثم إرخاؤها، بل الدخول في عملية نشر الاسترخاء العضلي والنفسي في جسة تستغرق من (١٠ - ١٥) دقيقة، وهذا الأسلوب أكثر شيوعاً من سائر الأساليب الاسترخائية الأخرى. وهو يعتمد على الخطوات التالية:

أحضّر مقعداً مريحاً له سادتان يدويتان، واجلس عليه جلسة مريحة وارخ أي شيء مشدود على جسدك (حزام، ربطة عنق... إلخ) اغمض عينيك، وخذ نفساً عميقاً

واحبس الهواء في صدرك لمدة (١٠ - ١٥) ثانية، ومن ثم اطرده من رتتيك بزفير عميق أيضاً، كرّر هذه العملية ثلاث مرات. ركّز انتباهك على فروة رأسك، واجعل انتباهك ينساب إلى عضلات الجبهة (جبهة الرأس)، مريحاً هذه العضلات لتصبح ملساء خالية أي توتر، ثم اتركها لتتهدأ قليلاً. كرّر هذه العملية ثلاث مرات أيضاً.

يجري تلقائياً فيصل إلى الحاجبين والجفنين، وخلف العينين، جاعلاً إياها مسترخية مرتاحة. استمر بترك الاسترخاء ينساب تلقائياً إلى الخدين والشفيتين والدقن، تاركاً كامل وجهك مسترخياً، ركّز انتباهك على الفك الأسفل، تاركاً العضلات في هذا الفك مسترخية ومستشعراً بهذا الاسترخاء. ستلاحظ أن الفك الأسفل يهبط إلى الأسفل بفعل الاسترخاء، وأن شفثيك قد تباعدت قليلاً. الآن أصبح رأسك كله مسترخياً، دع لسانك وبلعومك والحبال الصوتية جميعها مسترخية وهادئة، واجعل لسانك قابلاً على أرضية فمك مرتاحاً، دع الاسترخاء ينساب ليصل إلى خلف رأسك، ودع عضلات الرقبة والكتفين مسترخية ملساء خالية من التوتر، ومن المناسب أن تتصوّر هذه الألياف العضلية ملتفة مشكّلة عقداً، فتعمد إلى حلّ هذه العقد وجعلها ملساء مسترخية. تيار الاسترخاء الآن ينساب ليصل إلى ذراعيك، وعضلات العضدين والساعدين وأصابع اليدين مسترخية، وأنت تستشعر بهذا الاسترخاء، تستشعر الآن باسترخاء عضلات العضدين والساعدين وأصابع اليدين ووجود ثقل فيها، وكلما ترايد الاسترخاء في الذراعين ازداد حسّك بالثقل وبالاسترخاء، ويتدفق الدم في أصابع يديك وخروج التوتر من ذراعيك والكتفين. والآن وصل تيار الاسترخاء وجريانه إلى أعلى ظهرك. أرخ العضلة الظهرية شبه المنحرفة، والعضلات في جانبي العمود الفقري وعضلات أسفل الظهر، دع هذا الاسترخاء يلفّ عضلات الخصر والورك، والجوانب، استشعر بهذا الاسترخاء، موجة الاسترخاء تصل الآن إلى عضلات القفص الصدري. أرخ هذه العضلات واستشعر بهذا الاسترخاء. أنت هادئ، ساكن، واسترخاؤك يتزايد عمقاً، وتشعر بالطمأنينة وبالسكينة. ركّز انتباهك على عسيبة التنفس: لاحظ دخول الهواء من منخريك إلى بلعومك إلى الرئتين، وراقب الهواء يخرج من الرئتين إلى الحنجرة إلى المنخريين ثم إلى الخارج. اترك جسدك يعود ويطفو أسفل الكرسي واستشعر بالخفة وبالطفو والعمود. دع الاسترخاء يسري في عضلات البطن والخصر، واستشعر باسترخاء هذه العضلات.

تيار الاسترخاء يصل الآن إلى الفخذين والركبتين والكاحلين. استشعر بوجود ثقل واسترخاء في طرفيك السفليين. يسري الاسترخاء في قدميك وعضلات مشطى القدمين، ويتزايد تدفق الدم إلى أصابع القدمين. استشعر بالدفء والثقل في

الآن أصبحت جميع أجزاء جسدك من الرأس إلى القدم مسترخية هادئة. تستشعر بالهدوء الداخلي وبالسكينة، وتحسّ بالطمأنينة تغمر جسدك ونفسك مع كل تنفّس. اجعل جسدك أكثر استرخاءً. مع كل زفير استشعر بالعودة والطفو والخفة وأنت جالس على المقعد. كلما تعمّق استرخاؤك تبقى يقظاً واعياً ومسترخياً. تصوّر الاسترخاء يعمّ جميع أرجاء جسدك ويعمّق استشعارك بالهدوء وبالسكينة بينما تبقى يقظاً واعياً. يختلف الاسترخاء عن الشعور بالتعب، فالتعب هو امتصاص للطاقة الجسدية التي سبق أن استنفدتها التوتر. في هذا الاسترخاء تحصل على راحة عميقة، وتستشعر بتجدد الحيوية وبالانتعاش.

عندما تمارس هذا النوع من الاسترخاء الذي يعمّق فيك الهدوء والسكينة وينشرهما، عليك أن تدرك، على غرار ما في تعلم أي مهارة أخرى، أنك مع الاستمرار والممارسة والإتقان واكتشاف المهارات، تصبح أكثر قدرة على السرعة في الاسترخاء، وتمتلك سيطرة أكبر على ذاتك وتنظيمها حيث إن بمجرد أن تقول لنفسك «إهدأ» أو «استرخ» فإنك ستشعر بنوعية الاسترخاء العميق وكأنك مارست الاسترخاء الكامل بخطواته السابقة المذكورة. ومع الممارسة والتكرار يتزايد عمق الاسترخاء في كل مرة.

ومرة ثانية ندرك أن عند التدرّب على خطوات هذا الاسترخاء، عليك أن تبقى واعياً يقظاً وفي الوقت نفسه مسترخياً داخلياً.

وبعد تنفيذ جميع خطوات هذا الاسترخاء، يجب أن تترك لنفسك مدّة سبع دقائق لتخيّل منظر سارّ تشكر فيه جميع إحساساتك وتعيشه وكأنك موجود فيه، وذلك بهدف استكمال عملية الاسترخاء وتعميقه. وتنتهي الجلسة الاسترخائية بفتح العينين بعد العدّ من الواحد إلى الخمسة من أجل الخروج من الاسترخاء إلى الوعي الخارجي المحيطي.

## ٢ - الأسلوب الثاني للاسترخاء:

ويسمى الأسلوب الاسترخائي المتصاعد المختصر، ويتم في هذا الأسلوب تناوب عملية توتير أو تقلص العضلات ثم إرخاؤها بصورة منتظمة (وكما شاهدنا في الأسلوب الأول). وفي هذا الأسلوب، يفيد هذا الأسلوب المرضى الذين يجدون صعوبة في الاتصال مع عضلات أجسادهم والسيطرة عليها والذين يحتاجون إلى ما يسمى (عملية بدء تحريك) لإرخاء جهازهم العضلي، ويستخدم هذا الأسلوب في حالة كون الأسلوب الأول غير كافٍ، أو إذا كانت قدرة المريض على التمييز بين حالتي التوتير والاسترخاء العضلي ضعيفة. وفي هذا الأسلوب يتم اختيار مكان هادئ للأعصاب، والجلوس على مقعد مريح، وعادة تعطى تعليمات هذا الأسلوب للاسترخاء من خلال سماع تسجيل صوتي من قبل المريض، ونذكر هنا تعليمات الشريط التسجيلي:

أرغب أن أبدأ بتعليمك كيف ترخي عضلات ذراعيك. اجلس مرتاحاً على الكرسي (أو المقعد). استرخ بالقدر المستطاع. الآن اجعل يدك اليمنى قبضة. شدّ أصابعك وتوتر عضلاتها. استشعر بهذا التوتير في القبضة اليمنى وفي ساعدك الأيمن. الآن أرخ أصابعك وأزل التوتير العضلي. دع العضلات تسترخي قدر المستطاع. مرة ثانية كرّر العملية السابقة بشدّ أصابعك وتشكيل قبضة يد يمنى. نفذ الآن الحسّ بالتقلص... هذا جيد.. الآن أرخ أصابع اليد. لاحظ الشعور في يدك والفرق بين التقلص والاسترخاء. لنستمر بتوتير أصابع اليد اليمنى. في هذه المرة شدّ الأصابع بالقدر المستطاع. نفذ. استشعر بالتوتير. الآن أرخ أصابع اليد. تمتع بلذة الاسترخاء السار الذي يسري في أصابعك بتركيز انتباهك على هذا الشعور وخلفه في نفسك. مرة ثانية عد إلى شدّ أصابعك بالقدر المستطاع. نفذ الآن. استشعر بالتوتير بتركيز انتباهك على التوتير... استمتع بالاسترخاء السار العميق وأشعر به يسري في جميع أصابعك.

الآن أرغب في أن تثني يدك (قبضة اليد) إلى الخلف من مفصل المعصم. استشعر بالتوتير الناتج عن هذا الطي. استرخ بإعادة يدك إلى الوضعية الأولى. لاحظ الشعور الذي ينتابك عندما تصبح عضلاتك مسترخية أكثر فأكثر. لنقم

بتكرار ما قمنا به. نفذ الآن. اثن يدك إلى الخلف من مفصل المعصم. استشعر بالتوتير. الآن أرخ عضلات يدك اليمنى. واستمتع بالاسترخاء الذي تشعر به.

حسّ استرخاء يدر ففص يوتر عضلات يميني سبب ان تناوبها استرخين. اجعل جميع عضلات جسمك الأخرى مسترخية. لنستمر في عملية التدريب. الآن جاء دور ذراعك اليمنى. وتوتر عضلات هذا الذراع بشني الذراع وشد عضلات الساعد وتوتيرها. ابق في هذه الحالة التوتيرية. استشعر بهذا التوتير. الآن أرخ عضلاتك بإعادة الذراع اليمنى إلى حالتها الأولى. استشعر بإحساس الاسترخاء. خلال ذلك حافظ على يدك (الكف) مسترخية. جيد... كرّر هذه العملية... وتوتر عضلات ذراعك اليمنى واستشعر بالتوتير. الآن أرخ هذه العضلات. استمتع بإحساس الاسترخاء في هذه العضلات. يدك مرخية ومسترخية.

الآن. ركّز انتباهك دوماً على الإحساس بالاسترخاء والاستمتاع به، في اليد اليمنى والذراع. ابق عضلات جسمك مسترخية.

الآن لننتقل إلى اليد اليسرى، كرّر جميع التعليمات التي ذكرناها في استرخاء اليد والذراع اليمنى. سنتناول الآن عضلات الرقبة والوجه. أرغب منك في أن تبدأ برفع حاجبيك إلى الأعلى بالقدر المستطاع، وتجعيد جبهتك. نفذ الآن... استشعر بتوتير عضلات جبهتك وفروة الرأس. الآن أرخ هذه العضلات. أي عضلات الجبهة. تحسّس بالاسترخاء في هذه العضلات كرّر هذه العملية: توتر واسترخاء. استشعر بالتوتير واستشعر بالاسترخاء. لاحظ كيف أن عضلات الوجه عندما تسترخي يسري فيها الشعور المريح بالاسترخاء.

الآن أغمض عينيك بشدة، وفي الوقت نفسه ارفع أنفك إلى الأعلى (أي شدّه إلى الأعلى). نفذ ذلك الآن. لاحظ واستشعر التوتير العضلي. الآن استرخ. وتمتع بشعور الاسترخاء في هذه المنطقة. كرّر ذلك واجعل التوتير يخرج عندما ترخي عضلات العين والأنف. إنك الآن في حالة استرخاء أكثر فأكثر.

الآن اضغط ذقنك بتقريبها باتجاه صدرك. نفذ ذلك. ابق على هذه الحالة، الآن أرخها. دع التوتير يخرج منها وتحسّس بهذا الشعور. كرّر هذا التمرين. اضغط

ذقناك نحو الصدر. نفذ الآن. أرخ التوتير واستشعر بالاسترخاء. ركّز انتباهك بالاستشعار بمسرة الاسترخاء لهذه العضلات.

الآن لننتقل إلى عضلات الكتف والصدر. ادفع بكتفيك إلى الأمام. لاحظ

العضلي وخروجه من العضلات. كرّر هذه العملية المتناوبة. ادفع بكتفيك إلى الخلف، وحاول أن يمس طرف حدّ العظم لإحدى الكتفين بالأخرى... استرخ بإعادة الكتفين إلى حالة الراحة. استشعر بانسلاخ التوتير وخروجه من هذه العضلات. ركّز انتباهك على مشاعر الاسترخاء السارة التي تستمتع بها في هذه العضلات.

والآن جئنا إلى الجزء الهام من الاسترخاء. وهو تعلّم التنفس سطحياً وعميقاً وبيطء. عندما نكون متوترين، فإننا نتنفس بسرعة ويكون التنفس سطحياً. الآن لتركّز انتباهنا على تنفسك للحظة، لأن التنفس البطني والعميق هو عملية استرخاء. املاً رتيك بالهواء وبيطء. لاحظ التوتير العضلي عندما تتنفس بعمق. ابق على هذه الحالة للحظة... حسناً... ببطء ازر الهواء... الآن نفذ ذلك. ركّز انتباهك على مشاعر الاسترخاء المريحة في صدرك عندما توفّر ببطء. لتكرّر هذا التمرين. خذ تنفساً عميقاً ببطء... نفذ... الآن ازر الهواء وأخرجه من رتيك ببطء أيضاً... نفذ... استشعر بالإحساسات الاسترخائية السارة.

الآن إلى عضلات البطن: أولاً شدّ عضلات السعدة ووترها توتيراً شديداً... نفذ ذلك... استشعر بالتوتير. الآن أرخ التوتير في هذه العضلات. ودع التوتير يخرج منها. كرّر هذه العملية المتناوبة. ابدأ بشد عضلات المعدة. ووترها توتيراً شديداً. الآن أرخها. وأزل تقلصها. تنعم بشعور الاسترخاء بتركيز انتباهك عليه. لا تنس أبداً خلال عملية الاسترخاء وخلال هذه التمارين الاحتفاظ بتنفس عادي ومنتظم.

جاء دور عضلات القدمين والرجلين. لنبداً بعضلات فخذ الرجل اليمنى. ووتر هذه العضلات وقاصصها... نفذ الآن... ابق على التوتير للحظة. استشعر بالتوتير الذي يحدث، الآن أرخ التوتير والتقلص. تدنّع بالاسترخاء، واستشعر به من أعماق إحساساتك. كرّر هذه العملية. شدّ عضلات الفخذ واستشعر بالتوتير... نفذ... أرخ هذه العضلات. ركّز انتباهك على الشعور بالاسترخاء السار. الآن إلى عضلة

الساق اليمنى. ووتر هذه العضلة برفع أصابع القدم باتجاه الأعلى. ابدأ بالتنفيذ... ابق على هذه الحالة لبرهة. أرخ أصابع القدم. استشعر بالاسترخاء وهو يسري في العضلة. مرة ثانية، ارفع أصابع القدم إلى الأعلى، ابدأ بالتنفيذ. أرخ توتير الأصبع.

لننتقل إلى القدم اليمنى. أرغب منك في أن تشدّ أصابع القدم وتثنيها نحو راحة القدم. ابدأ بذلك. الآن أعد الأصابع إلى الوضعية الأولى المسترخية، وركّز انتباهك على إحساسات الاسترخاء في هذه الأصابع.

مرة ثانية كرّر التمرين السابق. شدّ أصابع القدم ومن ثمّ اثني نحو راحة القدم. باشر بالعبء. تحمّس بالتوتير العضلي في هذه الأصابع. أرخ هذا التوتير... نفذ ذلك... ركّز انتباهك على مشاعر الاسترخاء. ولا تنس تنفس منتظم.

لأن لننتقل إلى الرجل اليسرى. ووتر وأرخ كما نفّذت تماماً بالرجل اليمنى واليسرى.

من أجل أن أساعدك على تحقيق الاسترخاء لعام والثم لجسيع عضلات جسدك، أدكرتك بعد فعلته معاً. لقد أرخيد عضلات اليد والسعد. نفذ ذلك بإرخاء هذه العضلات... ابدأ بالتنفيذ... انقل إلى اليد الأخرى. ونفذ الاسترخاء في اليد وأسعد. استشعر بعمق مسرة الاسترخاء. انقل إلى عضلات الجبهة ورقبة. أرخ هذه العضلات. اجعل الاسترخاء الآن يمتد إلى عضلات الكتف. ركّز انتباهك على عملية الاسترخاء. انقل انتباهك إلى عضلات المعدة. أرخ هذه العضلات. اجعل الاسترخاء يسري في الرجل اليمنى بدءاً من الفخذ إلى عضلة لساق إلى عضلات أصابع القدم. استشعر دوماً بلذّة الاسترخاء، وركّز أحاسيسات وتخيلاتك على هذا الاسترخاء. خلال الدقائق المقبلة، انقل انتباهك مرة ثانية ومرتين التمرين الاسترخائي بدءاً من اليد وحتى أخمص القدم. واجعل الاسترخاء يسري ويجول من مكان إلى آخر ويضوف في أرجاء عضلات جسدك. وننت مسعن بالانتباه وبتصور هذا الاسترخاء والمنتعة التي يجلبها لك. الآن ساعدنا عداً عكسياً من العدد أربعة حتى العدد واحد. عند بدء العد بالرقم:

أربعة ابدأ بتحريك قدميك ورجليك بلطف... نفذ... وفي العد ثلاثة حرّك

يديك وساعديك بلطف... نفذ... وفي العد اثنين حرك رأسك ورقبتك بلطف... نفذ... وفي العد واحد افتح عينيك... نفذ... أوح لنفسك بالشعور بالسكينة والهدوء. والآن اجلس بهدوء لفترة قبل النهوض التدريجي... انتهى تمرين

ويمكن مناقشة أحاسيس المريض وانطباعاته حول تدريب الاسترخاء بعد الانتهاء من التدريب.

### ٣ - الأسلوب الثالث للاسترخاء (أسلوب سوزان سامبتون):

وهو الأسلوب الأطول والأكثر استكمالاً، ويفيد إذا كان الوقت متوفراً لعملية استرخاء شاملة ونموذجية، وهذا الأسلوب من الاسترخاء له فائدة في التدريبات الجماعية عليه.

إن الهدف من الاسترخاء هو أن تدخل بما يسمى بالحالة المبدلة للوعي (Transe State حالة ذهول). يبدأ هذا الاسترخاء بتركيز الانتباه على مشاعر الاسترخاء السارة ومن خلال الاسترخاء تتعلم مساعدة جسدك على الوصول إلى حالة من الاسترخاء والهدوء، والشعور بثقل، وبذلك تكتسب أنواعاً جديدة من المعرفة والسيطرة الذاتية. وهنا عليك أن تتذكر أن علامة الاسترخاء هي أن تستخدم مقولة استرخائية.

تنفذ هذه التقنية بالجلوس جلسة مريحة على مقعد مريح، وعلى النحو التالي: الرجلان منفرجتان، واليدين مسترخيتان على الجانبين، والرأس مسنود جيداً. ابدأ بأخذ نفس عميق، ثم بزفير يخرج الهواء مع صوت (أوه) مسموع.

الآن ركز انتباهك على تنفسك الهادئ السهل. تصوّر هذا الإيقاع التنفسي وكأنه كرسي هلالى الشكل يتأرجح إلى الأمام والخلف، الأمام هو التنفس والرجوع إلى الخلف هو الزفير. وحالما تسترخي، احتفظ بتركيز انتباهك على إحساسات جسدك السارة مثل التنفس. وهذا التركيز يمنع من اقتران الأفكار غير المرغوبة، أو الأفكار التي ترتبط بالعالم الخارجي، ساحة شعورك. تخيل أن كل شهيق هواء يتم في جو نقي يدخل إلى جسدك، وتخيل كل زفير يخرج منه الفضلات والتوتر ويكون بصوت مسموع (أوه)، اخرج مع الصوت (أوه) في الزفير التوترات

الموجودة في جسدك مع استمرار تركيزك على التنفس السهل اللطيف. الآن في عملية الشهيق والزفير التالية، ركز انتباهك على صدرك، مع كل زفير، فرغ التوترات بالصوت (أوه) من صدرك. دع عظام القفص الصدري تنخفض نحو الأسفل، والثقل في صدرك مع كل زفير. ركز انتباهك، الآن على معدتك. وفي عمليات الزفير التالية استخرج التوتر من معدتك مع كل زفير بصوت (أوه) وأيضاً من أسفل ظهرك، لاحظ مشاعرك السهلة والإحساسات بالثقل عندما يسترخي صدرك أكثر فأكثر. دع معدتك مسترخية واستشعر بثقلها أكثر فأكثر كلما أمعنت بالزفير. استمتع بانطلاق مشاعرك وتحررها. تخيل وجود حزام خصرك أخذ بالهبوط تدريجياً نحو الأسفل، وفي كل زفير تنفك منه عقدة بعد عقدة... إنه التوتر الذي ينحل ويزول من نفسيك تدريجياً.

انقل انتباهك الآن إلى منطقة الحوض. استشعر بالثقل وبالاسترخاء في هذه المنطقة، دع شعور الثقل والإرخاء ينتقل من صدرك إلى المعدة إلى الحوض. ركز انتباهك خاصة لإرخاء الرذفين. دع مشاعر الإرخاء والثقل تنتقل من الحوض إلى الفخذين. ثم ركز انتباهك على الفخذين. مع كل زفير (وتأوه) استشعر بثقل الفخذين واسترخائهما.

استشعر بالصحة عندما تركز على الهدوء السار والشعور بالثقل. دع هذه المشاعر تنمو وتزيد. الآن ركز انتباهك على كتفيك وأرجعهما بالقدر المستطاع. دع الكتفين في حالة ارتخاء واجعلهما يهبطان أكثر فأكثر بعيدين عن الأذنين. استشعر بثقلهما وبارتخائهما مع كل زفير. ازر التوترات الموجودة في كتفيك. استشعر بخبرة الإرخاء والثقل في الكتفين واترك هذا الشعور يتزايد وينمو.

استشعر بثقل ذراعيك، واترك هذا الشعور بالثقل يمتد إلى الكفين والأصابع. ركز انتباهك على الشعور بالثقل والاسترخاء في صدرك وكتفيك ودع هذا الشعور يمتد إلى رقبتك ورأسك. دع عضلات وجهك مرخية مسترخية. فكك الأسفل مرخي، وشفطك متباعدتان قليلاً. دع لسانك يسقط بنفسه في قاعدة التجويف الفموي. ركز انتباهك على المشاعر السارة والحس بوجود ارتخاء في أسفل حنجرتك. دع وجنتيك تنهدلان مسترخيتين، واشعر بالثقل فيهما. انقل انتباهك إلى





التدريب على الاسترخاء

في استرخاء عميق فتشعر بالهدوء الداخلي والسيطرة على الذات وبحس متزايد بوحدة الجسم والبيئة المحيطة. على الرقم (١٠) واستشعر بالهدوء والسكون والطمأنينة. تصور الطبيعة الشافية لجسدك وأنت في حالة مسترخية. تخيل جميع أجهزة جسدك تعمل باسترخاء وهدوء، ويطء وسكون كبير.

عليك أن تتذكر هذه المشاعر الاسترخائية دوماً خلال أوقات

النهار، ويسكنك إثارة هذه المشاعر وإحياؤها من خلال استخدام كلمة منبهة تساعدك على استعادة هذه المشاعر والعيش فيها.

مثلاً، استخدم كلمة «الهدأ» وكررها أكثر من مرة لتثير، آتياً، مشاعر الاسترخاء التي تتعلمها الآن. قل هذه الكلمة المنبهة مراراً وتكراراً بينما تتدبّر بالإحساسات السارة.

#### ٤ - الأسلوب الرابع للاسترخاء هو الاسترخاءات المختصرة أو القصيرة (بدائل

الاسترخاء):

العديد من الأساليب العلاجية ذات تأثير على نشاط الجملة العصبية اللاإرادية، وتعمل على تحقيق الهدوء والاسترخاء العضلي... وهذه الأساليب تناسب الحالات التي تصادفها في حياتنا اليومية وبقوم المدرب بتطبيقها في حالات مثل انتظار مكالمة هاتفية، التوقف في الصف للحصول على ساعة، أو انتظار إشارة المرور... أو في أي موقف مثير للتوتر (سيكولوجية الانتظار) ولهذا الأسلوب عدد من التقنيات أبرزها:

جفنيك بجثمان بهدوء فوق عينيك المغلقتين مثل بطانية ناعمة ثقيلة الوزن. زد استرخاء العينين بجعلهما متساوين. مأس أي حط أو تجعيدات في جبهتك، وتدبّر بتمليس وإرخاء فروة الرأس حتى الوصول إلى الأذنين. الآن تستشعر بالاسترخاء في كامل أجزاء وجهك، ركز التباهت على عضلات رقبتك ودعها مسترخية. - اذفر التوتر ليخرج مع كل كلمة (أوه). فكر قبلاً ولاحظ ما إذا كان أي جزء من جسدك يحتاج إلى مزيد من الاسترخاء. قد تشعر أنك تحتاج إلى تفرغ التوتر في كل زفير مع كل (أوه). استمر في التركيز على المشاعر السارة بالهدوء أو الخدر (التمثيل). في بعض الأحيان تفقد الإحساسات بالثقل إلى مشاعر الخفة والعموم، فسواء شعرت بالثقل أم بخفة الوزن حاول أن تصعد هذا الشعور وتنميه.

تخيل تزايد هذه الإحساسات وانتشارها، فإذا ما شعرت بإحساسات سارة في المعدة دع هذه الإحساسات تنتشر في صدرك ولتتمدد إلى كتفيك، فالعضدين، فالساعدين، إلى الرقبة والوجه، ومن ثم من الخصر إلى الحوض، فالفخذين، والطرفين السفليين، وأصابع القدمين. وإذا ما شعرت بإحساس الثقل فدعه يتزايد ويتعظم. دع جسدك يزداد ثقلاً ووزناً على المتعد الذي تجلس عليه، ركز انتباهك على الإحساسات والمشاعر. وإذا ما اقتحمت مساحة وعيك أفكار منافية شد انتباهك ثانية نحو الإحساسات السارة الخاصة بالاسترخاء.

والخطوة الثانية هي تعميق الإحساس بالاسترخاء، ويكون ذلك بتخيّل أرقام مكتوبة على اللوح، بدءاً من الرقم واحد وحتى الرقم عشرة. كل رقم تتخيله يزيد من حسك بالاسترخاء وستشعر بهدوء عميق. الآن تخيل الرقم (١) وكأنه موجود خلف جفنيك. استشعر بإحساس متنام بالثقل والهدوء، ومع الرقم (٢) دع إحساسات الثقل تتزايد، ومع الرقم (٣) تتزايد مشاعر الاسترخاء. وكذلك مع الرقم (٤)، ومع الرقم (٥) تشعر بالسكون والاسترخاء. وتشعر أن أطرافك العلوية والسفلية غير محسوسة وغير مدركة. إنه إحساس متحرر من أي قيد، تخيل الرقم (٦) واستمر في الاستمتاع بمشاعر الانطلاق السار في تعميق الاسترخاء. الرقم (٧) تتصور وكأنه مكتوب على اللوح، ومع الرقم (٨) دع فكرك يتصل بداخلك كلما أمعنت في الاسترخاء. في الرقم (٩) يبدأ الشعور بخفة الوزن. جسدك الآن

## ١ تمارين التنفس (Breathing Training):

بما أن الزفير (الذي يخرج منه صوت «أوه») يتصاحب مع الاسترخاء الانطوائى، كما هو الحال مع الاسترخاء الانطوائى، ومن المشاهد أن معظم الناس يأخذون وقتاً أطول في عملية الشهيق عن الزفير. وهنا نسعى إلى أن نعكس الآية فنجعل الشهيق يأخذ نصف وقت الزفير بل وحتى التوقف لفترة قصيرة جداً لنبقي الحجاب الحاجز في حالة استرخاء للحظة قبل الشهيق مرة ثانية. ومن خلال وعيك لجسديك ستلاحظ انتشار مشاعر الاسترخاء في الصدر خلال الزفير، ولزيادة هذه الخبرة الاسترخائية تنفس من بطنك بحيث تنتفخ معدتك خلال الشهيق بينما لا يرتفع صدرك إلا قليلاً، وخلال الزفير يخرج الهواء من معدتك بينما يتحرك صدرك قليلاً، وتعلم هذه الطريقة ضع يدك اليسرى على صدرك والأخرى على بطنك (معدتك)، عند الشهيق اجعل يدك اليسرى ترتفع قليلاً بينما يكون التنفس من البطن أكبر فترتفع يدك اليمنى ارتفاعاً أكبر من اليسرى، مارس تمرين الزفير الأطول مدة من البطن عدة مرّات يومياً.

## ٢ تمارين التأمل (Meditation):

التأمل تقنية علاجية يلجأ إليها الكثيرون لخفض شدة الإجهاد النفسي، وقد تبين أن للتأمل آثاراً فسيولوجية وعصبية مهمة ولها تأثيرات في تحقيق الاسترخاء وبعث الحيوية والنشاط في الجسم وفي زيادة الطاقة، والقدرة على التركيز، والتأمل يساعد على إقامة علاقات أفضل مع التخلص من مشاعر القلق والتوتر والضغط النفسي، هي عملية تهدف إلى تدريب الذهن والحفاظ على الطاقة الجسمية، والنفسية والعقلية بعيداً عن الضعف أو الشثت أو الضياع. وقد ثبت من الدراسات أن هذه التقنية تعتبر من العلاجات الطبيعية التي تساعد في التخلص من آلام الرأس المزمنة ومن الأمراض النفسية، والنفسية - جسدية. كذلك تفيد هذه التقنية في خفض ضغط الدم المرتفع والتخفيف من سرعة ضربات القلب ومن حركة التنفس مع الحفاظ على مستوى مرتفع من الأكسجين في الدم. كما يعمل التأمل على تحسين الدورة الدموية وخفض نشاط الجهاز العصبي

اللاإرادي. وهناك أبحاث ترى أن التأمل قد يفيد في الحد من بعض السرطانات التي تتأثر بالضغط النفسي والتي تعوق وظيفة الجهاز المناعي لدى الفرد، وقد ثبت أن في التأمل تتم مراقبة الأفكار والانفعالات التي تمر عبر الذهن، كما ثبت أن التأمل يساعد على خفض آلام الدورة الشهرية. وقد أكد الدكتور جيفري ريدموند الاختصاصي في مجال الهرمونات في الولايات المتحدة على أن التأمل لمدة ١٥ - ٢٠ دقيقة يومياً يساعد على خفض آلام الدورة الشهرية إلى النصف. من ناحية أخرى يرى الدكتور بريان ويز اختصاصي العلاج الطبيعي في ميامي أن التأمل يساعد على التخلص من الآلام المختلفة، كما تبين أن التأمل يعزز القدرة على التركيز من أجل التخلص من زيادة الوزن، كذلك يساعد على مواجهة القضايا الانفعالية والعاطفية التي تصحبها زيادة في تناول الطعام كوسيلة لخفض القلق أو تحقيق الراحة النفسية. وللتأمل عدة تقنيات يختار منها ما يناسب الفرد وحالته، ومنها:

١ - تقنية التنفس: يتم في هذه التقنية تنظيم عملية التنفس مع استخدام عدّ الأرقام. مثلاً عدّ رقم واحد عند الشهيق، ثم عدّ اثنين عند الزفير، ثم عدّ ثلاثة عند الشهيق التالي...، ويمكن للمتدرب عدّ رقم واحد وبصوت خافت جداً بعد كل زفير ثم تحيّل هذا الرقم (الذاكرة البصرية)، وإذا شرد الانتباه أو عملية التركيز عن هذا الرقم نعيده ثانية إلى الخيال، ويجب أن يكون التنفس منتظماً والأعداد مقترنة بالاحساس بدخول الهواء عبر الأنف، أو مقترنة بعملية صعود البطن وهبوطه أثناء التنفس.

٢ - عملية التركيز: يتم في هذه العملية إغلاق العينين والتفكير في الجسم الممدد على الأرض أو الجالس على الكرسي مع إدراج كل المنبهات أو المشيرات المزعجة مثل الأصوات وجعلها تتلاشى تدريجياً. ويمكن للمتدرب تركيز البصر على شيء محدد، صغير وثابت مثل رأس القلم، أو شعلة الشعلة... والتي تكون على مسافة حوالي ٩٠ سم من العينين، ويتم النظر إلى هذا الجسم الصغير لمدة دقيقة أو أكثر تقريباً، ثم يتم إغلاق العينين والتركيز

### ٣ تمرين توليد الأفكار الاسترخائية الذاتي (Autogenic):

عندما تكون مسترخياً وجالساً جلسة مريحة، قل لذاتك ببطء: أنت ثقيل الوزن ودافئ". كرر هذه العبارة مراراً وتكراراً، وبما أن هذه التقنية منفعة (Passive)، من السهل على أي شخص ممارستها. كرر هذه العبارة ولا حاجة إلى قلبها بعملية التنفس.

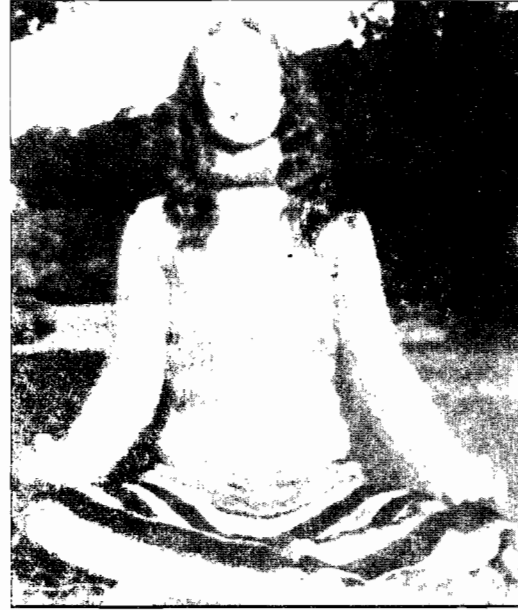
### ٤ تدريب وعي الجسم:

دع المتقعد الذي نحس فيه إحساس جيداً، وبعده عنده نحس على مقعد نظن وأعيننا نحس أجسامنا، إذ لا نثق بدهان أن المتقعد يحصل الجسم إلا بعد فترة قصيرة، كما نكرر التبرهنات على المقعد واستشعر أنه يحصل أطرافه، وظهوره، وكتفياته، وراسه، الحلق النفاذ في أن المقعد يحمل جسده، ومن ثم دع جسده ينسق بذاته أسفل المقعد وتدرجياً.

### ٥ تدريب إرخاء العضل:

استخدم التنفس البطيء،

وتر العضلات في كل مرة عند الشهيق (عدّ العدد واحد)، ومن ثم أرخ العضلات خلال الرفير (عدّ أربع مرات)، كل خطوة من هذا التدريب تحتاج على أقل تقدير إلى خمس دورات تنفسية.



التركيز على الجسم

على الصورة الذهنية الموجودة في الذاكرة البصرية. وعندما تضعف أو تضعف العينان من جديد وتكرر العملية ثانية.

٣ - ترديد كلمة يتم التركيز عليها في الذهن، لها وقع في الذهن أو معنى خاص مثل كلمة (سلام)، أو كلمة (حب) أو كلمة (استيقظ)... وتسمى هذه الكلمات في رياضة اليوغا (المانترا) وتردّد هذه الكلمة مع التركيز عليها حيث يتم اقتران الصوت وعملية تركيز الذهن مع بعض.

٤ - التخيل: حيث يتم تخيل مراقف أو أماكن تفرد بالسكينة والاسترخاء أو الهدوء والاستمتاع، والتركيز على هذه المقادير مع إغماض العينين.

٥ - استخدام الألوان: يمكن للمتدرب أن يعلق عينيّه، ويجلس باسترخاء ويختار اللون من الألوان الذي يحبه، وأن يركّز ذهنه على هذا اللون، كما يمكن أن يكون اللون مقترناً بشكل أو شيء ما مثل السماء الزرقاء، أو الحديقة الخضراء، أو الشمس الصفراء، ويحاول المتدرب أن يركّز على اللون فقط بعد جعل الشكل أو الشيء يتلاشى تدريجياً.

٦ - المشي: يفضل البعض استخدام التأمل أثناء المشي من أجل التركيز على حركات الجسم، مثلاً يمكن المشي والتنزه والفرد يركّز انتباهه على حركة قدميه كيف تلامسان الأرض، أو حركة يديه أثناء المشي، أو التركيز على خطواته.

## ٧ العلاج النفسي بواسطة اليوغا

### (Yoga Psychotherapy) (التأمل وتوليد الأفكار):

كلمة يوغا عبارة عن مفهوم فلسفي قديم انتشر لدى فلاسفة الهند القديمي.

أما من حيث المبدأ فهي تعتمد على الالتصاق الروحي مع الرب. أما من حيث العمل فهي تحتوي على القيام بمجموعة من الأعمال تؤدي إلى كمال الشخصية البشرية، ويكون ذلك من طريق التحكم في الجسم وفي العقل، ويرى البعض أن اليوغا عبارة عن مجال واسع يشمل علم الصحة و فن الوقاية. إن معرفة الجسم والعناية به تشكّلان الأساس الذي يركز عليهما جميع أنشطة الشخص أو فاعليته. وكل ما يسهم في تطوير معرفتنا بالجسم والعناية به يعتبر جديراً بالاهتمام، وبناء على ذلك نجد التقاليد القديمة التي تهتم باليوغا هي التي ترى بأن الاهتمام بالصحة هو واجب، وأن ليس ثمة علم يفوق علم اليوغا في هذا المجال، وهو أسمى الخدمات التي يمكن أن تقدّم للإنسانية جسماً<sup>(١)</sup>.

ويؤمن الممارس لليوغا بأنه مخلوق روحي، غير أن ذلك لا يسنعه من توجيه اهتمامه للأمور المادية مثل الاعتناء بجسده، وهو يطمح إلى أن يدرك كل ما هو صعب الإدراك، ليس على الصعيد الجسمي فحسب وإنما على الصعيد العقلي والأخلاقي والروحي. وهكذا تهدف اليوغا إلى تأمين حياة متوازنة ومتناغمة إلى أقصى حد ممكن بين الثقافات الجسدية والعقلية والأخلاقية والروحية، ومنذ البداية يتعلم كل تلميذ من تلاميذ اليوغا العنصرية بأن الحالة الجسدية الجيدة هي الوسيلة الإيجابية الوحيدة التي تمكن الفرد من تحقيق كل ما يتناهى، وبهذا تكون أولى واجباته الاحتفاظ بصحته عبر الشعائر والطقوس الدينية التي تحتم نظاماً حياتياً عملياً معيناً. ومنذ نحو ٣٠٠٠ سنة استطاعت جماعة اليوغا أن تنجح في وضع دستور مستمد من الحياة العملية قائم على أساس بيولوجي بحت، وقد ندهش إذا حللنا خبرات جماعة اليوغا، مثلاً، إن عملية طرد السموم من الجسم

كّرر هذا التدريب مرتين يومياً، اضعف تشتت انتباهك بفعل المنبهات الخارجية من ضوضاء وغيرها، وخذ الوضعية المريحة جداً في جلوسك على المقعد، أغلق عينيك وركّز انتباهك على العضل، وتّر العضل الذي تركّز انتباهك عليه فقط، وأخذ بقية العضلات. أعدت تلك التناهيك ثانية إذا شعرت أن انتباهك قد تشتت، وضل، يمكنك اتباع الترتيب التالي في توتر العضل وإسترخائه مع قرنه بالشهيق عند توتر العضل وإرخائه في مرحلة الزفير:

- أصابع اليد: اجعلها قبضة.
- المعصمان: اثن الكفين باتجاه الرأس.
- العضلة الثلاثية الرؤوس: وتّرهما.
- الكتفان: ارفعهما باتجاه الأذنين.
- الرقبة: اثنها ببطء وبالتناوب من كتف إلى أخرى. دع الرأس يمسّ الصدر (الذقن) واثن الرأس باتجاه الخلف.
- الفكّان: اضعطهما ببطء.
- اللسان: اضعطه باتجاه سقف الحلق.
- العينان: اغمضهما بقوة وفي أثناء هذه العملية، وبدون تحريك الرأس، ارفع عينيك إلى الأعلى، وإلى الأسفل، وحركهما نحو الجانبين بالتناوب.
- أصابع القدمين: لفّ الأصابع نحو الأسفل.
- الكاحلان: اثن القدمين ليكون اتجاههما نحو الرأس.
- الفخذان: اضعطهما باتجاه الأرض.
- الردفان ومعصرة الشرج: اضعطها وارفعها عن المقعد.
- المعدة: وتّر عضلات المعدة وكأنك تتأهب لصدّ ضربة على البطن.

### ٦ تدريب الاستجابة الاسترخائية المهدئة (تشارلز ستروبل):

- استشعر بذاتك (الضغط على الأسنان، توتير الرقبة، إلخ).
- ابتسم لذاتك وقل: «ما هذا الشيء الأحق الذي أفعله بجسدي؟»
- خذ نفساً سهلاً عميقاً وعدّ أربعة نحو الداخل وأربعة نحو الخارج (شهيق وزفير).

(١) شري بوجندار: اليوغا تطيل العمر. ترجمة روحي المعنكي، دار نعمة للدراسات - بيروت (١٩٨٤).

قلماً يمكن تحقيقها علسياً أو طبيعياً كما يتم عبر التفاعلات الذاتية المباشرة والتي يقوم بما يمارسو اليوغا، كما أن النظافة الدقيقة الخارجية والداخلية هي واجب أساسي لممارس اليوغا، وفي اليوغا ينال كل جزء من البدن العناية الكافية ويظل كل عضو في حالة صحية جيدة. إن اليوغا تعمل على توفير الصحة لكل من الجسم والعقل وكذلك التمتع بالراحة النفسية والهدوء الداخلي. إن اليوغا هي علم أعمال وإنجازات، ونقدم اليوغا بكلمات متهومة تدور حول موضوعات تهمة الإنسان مثل الطعام، والشراب، والتنفس، والاستحمام... وباختصار كئيبة العيش على أساس فهم تام لقوانين الصحة. إن أول وأقدس واجب لدى ممارس اليوغا هو الاعتناء بجسده وحتى يتمتع بعقل نقي وروح ظاهرة ونفس آمنة.... واليوغا رياضة جسدية - روحية لها ثماني غايات وقائية هي:

١ - التخلص من الأمراض.

٢ - تنمية وتطهير جميع أعضاء الجسم من خارجية وداخلية.

٣ - تأمين أعلى قوة جسمية ممكنة وذلك بعد الحصول على صحة جيدة.

٤ - تحسين المناعة الذاتية ضد الأمراض.

٥ - إطالة العمر بمعنى التخلص من كل ما يمكن تسميته بالشيخوخة وتخفي خطر الموت.

٦ - الرقي الذهني والتسامي الأخلاقي والروحي.

٧ - السيطرة على الجسد والتحكم بوظائفه العضوية (الهاتايوغا).

٨ - الحفاظ على الطاقة البشرية.

## علم الأعصاب اليوغي:

تؤمن فلسفة اليوغا بأن الدماغ بالتعاون مع الجهاز العصبي هو المسؤول بصورة رئيسية عن انتقال الدوافع والنبضات والتعابير والتأثيرات لكل من الشعور الذاتي والشعور غير الذاتي، ولهذا فهو أساس لجميع الأنشطة الذهنية والفكرية، وأساس العلاقة بين الوعي والخبرة. وتفسر جماعة اليوغا الجهاز العصبي على أنه يشبه بدالة هواتف، أو ورشة كهرباء، والألياف العصبية أشبه بخيوط العنكبوت، وحركة الطاقة البيولوجية الحياتية داخل هذه الأعصاب هي التي تدعم جميع الكائنات

الحية، فالألياف العصبية تنقل الطاقة الحياتية وتحوّل النبضات العصبية إلى سلسلة من التفريعات الكهربائية، ويضيف ممارس اليوغا إلى أن هناك ما يتحكم أيضاً بهذه التفريعات الكهربائية التي تنقل النبضات العصبية إلى سلسلة من التفريعات الكهربائية، ألا وهو الموجات المغناطيسية السالبة والموجبة والمتعلقة بظاهرة

التي تسمى بالتيار البيولوجي.

بما في ذلك إفرازات الغدد، والنشاط الوظيفي لأعضاء الجسم يعتمد على هذه السيطرة للجهاز العصبي على بدنا، وعلى سعادتنا الأخلاقية، وإن الشيخوخة والنموت هما نتيجة لعجز الجهاز العصبي الذي يفقد حيويته باستمرار بسبب من أسباب الشيخوخة، واليوغا موجهة في معضنها لإحراز الصحة الجيدة والسيطرة على الجهاز العصبي والحد من تدهور وظائفه.

## الأمراض العصبية:

الأمراض العصبية لدى ممارس اليوغا هي نتيجة لتصرف فكري خاطئ في الحياة، مثلاً إن التشاؤم يجلب الغسل، وأحياناً يؤدي إلى النيوراستينيا أو التعب العصبي، كما أن المخاوف والقلق الشديد يؤديان إلى ضعف عصبي كبير، ويؤدي الغضب إلى كسل كبدي وإمساك عسير... والواقع يمكن اعتبار الإجهاد العصبي هو لعنة الحضارة العصرية. هذا بالإضافة إلى المسببات الكيميائية مثل استعمال العقاقير والتسممات، والإرهاق... وكذلك المسببات الميكانيكية مثل الجروح الموضعية، والتشوهات... وهناك أيضاً المسببات الوراثية، والبيئية والاضطرابات التي تنجم من واحد أو أكثر من هذه المسببات.

## العلاج:

يتلخص العلاج بالتصرف الذهني الصحي والراحة وتجديد النشاط والتسيية. والتزود، والانتعاش، والوجبات المعتدلة، وتحسين البنية، ومعالجة العود لفترة. وفي عملية العلاج لا بد من تطبيق ثلاثة مبادئ، هي: الترتيب بدها من مرحلة ما قبل الولادة، والاهتمام بتربية هذه المرحلة، ولأن ذلك أثره في بناء الجين العصبية والذهنية. والمبدأ الثاني تحاشي الانفعالات وخاصة الحادة لأنها تؤدي إلى تغير جسدي، إما أن يكون لصالح الفرد أو ضده مما يؤدي إلى فقدان ممارس اليوغا يعتبر

رباطة الجأش ضرورية لصحة الدماغ والأعصاب. فالراحة الفكرية وراحة البال من عوامل الصحة الهامة وتؤدي إلى إطالة العمر، وبناء على ذلك توصل ممارس اليوغا إلى وضع نظام أخلاقي يهدف إلى استقرار صحة الذهن، مع التأكيد على الرصانة والاعتدال. (دارانا، 1981، ص 100).  
والتي تتألف من عشرة بنود إيجابية وعشرة سلبية، وهي:

- ١ - اللاعنف - الصدق - الأمانة وعدم السرقة - العفة - اللاجشع واللاحسد - الصبر - الرحمة - الثبات والعزم - الاعتدال - الطهارة.
- ٢ - رباطة الجأش - القناعة والرضى - الثقة بالنفس - الإحسان - الاستسلام للمطلق - الدراسة والعلم - الحصافة والتمييز - الوداعة - التأمل الباطني وفحص الذات - المثابرة.

### العلاج بالتركيز:

التركيز من الأمور الهامة في عملية تعويد العقل على تركيز طاقاته على موضوع معين واحد، وهذا يسمى باسم (دارانا) حيث يبذل الفرد مجهوداً عقلياً لكي يثبت عقله ويحصر تفكيره على شيء ما أو فكرة ما عوضاً من أن ينترك عقده يبدد طاقته هنا وهناك، وتتعلق قوة التركيز بمقدرة الفرد على عزل النفس عن العدميات الموجودة في العالم الخارجي، ويسببها جماعة اليوغا التجريد أو الاعتناق، وتسبق قوة التركيز عادة قوة العزول عن العالم الخارجي، وتكسر هذه الطريقة الرتابة والروتين وتساعد على منع الاجتهاد العقلي أو التعب الذهني. كما تحثف الكبار العصبي. ويوافق الفسيولوجيون على أن عادة التركيز تعود بالنتائج المفيدة والتي تحدثها تمارين التنفس العميق، أي أنها تضمن الصحة لكل من الدماغ والأعصاب، ولهذا فإن عملية النجاح في الحياة سواء النجاح الجسمي أو العقلي، هي وبدون ريب قوة التركيز التي يمكن العمل على تنميتها عند الإنسان منذ نعومة أظفاره ومن طريق التدريب النظامي. إن عملية التركيز العملي الإرادي جزء هام في اليوغا.

### الاسترخاء:

المقصود بالاسترخاء لدى ممارس اليوغا «امتسلاام الجسد امتسلاام تاماً لقوانين الجاذبية، وامتسلاام العقل للطبيعة، حيث تتحول الطاقة كلها إلى تنفس

ديناميكي عميق». فعند استرخاء العضلات الإرادية استرخاء تاماً تتحول الطاقة في الحال إلى الأجزاء اللاإرادية، وهكذا فالاسترخاء هو في الحقيقة ما كان متعلقاً بالعضلات الإرادية والدماغ. إن هذا التحول الأساسي في الطاقة بالفعل الإرادي، واستعادة القوة والحفاظ على الطاقة. وقد وجدت جماعة اليوغا أن هناك طريقة استرخاء قديمة استخدمها الألمان القدماء وهي تعتمد على تمدد الإنسان على الأرض ساحباً كل قوة إرادية عصبية وكل جزء مفكر من الدماغ من أطرافه وكأنه يصطع الموت ويتظاهر به، ونصح بهذا التمرين كمنقطة بداية من أجل التحكم التام بالجسم، وهو أشبه ما يكون برجل مضطجع عديم الحيلة. وقد تمكنت جماعة اليوغا الأقدمين من القيام بالسيطرة التامة على أنفسهم، وبإخضاع أجسادهم والأعضاء الإرادية واللاإرادية لإرادتهم المطلقة. وقدروا عملية الاسترخاء حق قدرها. والاسترخاء الناجح تفوق قيمته النوم، وهو المبدأ الرئيسي للراحة، ولاسترداد الطاقة المبعثرة فتزيد من نشاط الجسم وقوته، ولعملية الاسترخاء أوضاع يتبعها المسارس في اليوغا. وهي كالتالي:

١ - **الوضع الأول:** الاسترخاء هو الوضع الثابت وهو أفضل وضع للنوم إذ إنه يوفر الراحة القصوى، وفي هذا الوضع يتمدد الفرد على الجهة اليمنى من جسمه وفي حالة استرخاء واضعاً يده اليمنى تحت رأسه وكتفيه وسدده، إن هذا الوضع يساعد على تبريح المعدة أثناء الراحة فتمهل الحركات المعصية التي تحدث الأدي ويسبب التنفس سهلاً ومرحلاً، مما قد يفيد في علاج أمراض هضمية مثل عسر الهضم والإحراق والقيء اللبني ويحسن اليهضم، ويقلل شعور الشخص بالحرارة والبرد في وقت النوم رغم مرور فترة قصيرة فقط.

٢ - **الوضع الثاني:** وضع الجنين، أو وضع السمك، ويهدف من هذا الوضع تخفيف التعب والفضاضة على السبل والتهانة العقل والبدن، وضربها السبل هي تمدد الفرد على ظهره، والذراعان على الجانبين، والساقان مستقيمات بصورة مستوية على طولهما، ويستشعر الفرد هذا الوضع الذي يتبعه في سراحته الأولى من الألبير والندهور أو الأغماء وفقدان الحس، ويحاول الفرد ألا يتحرك بأي حركة، وكأنه جثة هامدة، مع إرخاء تدريجي لكل عصابة من عضلات الجسم، مع الإبقاء

على إغماض الجفنين، وكان الإنسان يغط في نوم هادئ، مع ترك التنفس يأخذ مجراه الطبيعي. وهذا التمرين يحسن عمل القلب وعمل الجهازين العصبي والعضلي. والاسترخاء الناجح يؤدي إلى هبوط سريع في ضغط الدم وفي سرعة النبض، كما يخلق اعتدالاً في النشاط التنفسي.

٣ - الوضع الثالث: هو وضع التمساح، حيث يتمدد الفرد منبطحاً على بطنه حيث يمس البطن ومقدمة الجسم الأرض ويلامسها تماماً في حين تكون الساقان ممتدين على طولهما ومتباعدتين عن بعضهما بينما تكون الذراعان مشببتين والرأس مرتكزاً عليهما. وهناك نحو ٨٤ وضعا للجسم يعجز عن أداء بعضها أشد الرياضيين قوة ومرونة. ولأن ممارس اليوغا يتدرب على هذه الأوضاع منذ العام الثاني بعد الولادة.

٨ - طريقة الريكي في الاسترخاء والتأمل والحفاظ على الطاقة (Reiki method)<sup>(١)</sup>:

وهي طريقة يابانية تعني روح الطاقة (Essence of Power)، وتعتمد هذه الطريقة على أن لدى كل إنسان طاقة، وحول الإنسان طاقة كونية (لا يدركها)، وداخل طريقة الريكي طرق فرعية عدة للتأمل، منها طريقة تأمل النقاط الست (Six Point Meditation). وهذه النقاط هي موارد للطاقة، وهذه النقاط الست هي:

التاج (نافوخ الرأس) - الجبهة - منطقة الغدة الدرقية - منطقة غدة القلب - أوسط الذراع الأيسر - أوسط الذراع الأيمن.

مثال: الإنسان الذي يعاني من أرق وتفكير قبل النوم بإمكانه استخدام هذه الطريقة للدخول في النوم بشكل مريح وعلى الإنسان اتباع التعليمات التالية:

- ١ - إغماض العينين والاسترخاء على كرسي مريح.
- ٢ - أخذ تنفس عميق للبطن (وليس للصدر) ثلاث مرات.
- ٣ - التركيز على منطقة التاج في الرأس (فروة الرأس) لمدة (٢ - ٣) ثوان.

(١) طريقة الريكي وتعني الشفاء بالطاقة الحيوية (Bio-energy therapy) وتسمى باللغة اليابانية ريكي - شوا (Feng-Shui).

٤ - الانتقال بعملية التركيز إلى الجبهة، ثم إلى منطقة الغدة الدرقية والغدة القلبية وهما مدة التركيز وتطول إلى نحو دقيقة واحدة.

٥ - التركيز على منتصف الذراع اليسرى، ثم اليمنى مع الإحساس بثقل الذراع.

٦ - الإرخاء في اليوجا (٦ - ٨) ساعة.

#### ٩ الطريقة البوذية زن (Zen):

وهي طريقة استرخاء وتأمل تعتمد على مبدأ بأن النفاذ إلى الحقيقة يتم عن طريق التأمل والاسترخاء.

#### الأسلوب الخامس للاسترخاء

#### ٥ الاسترخاء النفسي المترقّي لـ (فولر) (Fuller) (1980):

أسلوب التطبيق: يتعين أن تتعلم باكراً أسلوب الاسترخاء النموذجي حيث يتم اكتساب الاستجابة الاسترخائية من خلال إعطائها الإشارة الأمر لتحدث مرة ثانية، وذلك في هذا الأسلوب من الاسترخاء النفسي. ويمكن تعلم أي من أساليب الاسترخاء، ومن ضمنها مزيج من أشكال الاسترخاء الطويلة المدة، كالتالي:

الخطوة الأولى: عموماً يُكتفى بالاسترخاء رقم (١) المسمى الاسترخاء العام مع التخيل، ولكن إذا اتضح أن هذا النوع من الاسترخاء غير كاف، فمعناه، في أكثر الاحتمالات، عدم قدرة المتعالج على التمييز بين الاسترخاء والتوتر، وبالتالي فهو يحتاج إلى عمق استرخائي أكبر، حينئذ يتم تحويل المتعالج إلى تدريب المتعالج على أسلوب الاسترخاء رقم (٢) (تناوب الاسترخاء والتوتر) أو الاسترخاء رقم (٣) (الاسترخاء المطول مع التخيل).

الخطوة الثانية: اختر كلمة منبّهة أو مثيرة للاسترخاء (مثلاً استرخ - أو اهدأ أو اسكن) ومُرِّ ذاتك بها لتحصل على الاستجابة الاسترخائية العميقة في المرحلة الأخيرة من تطبيق الاسترخاء ذات الأرقام (واحد - أو اثنين - أو ثلاثة) عدين الكلمة المنبّهة من جميع الوجوه، مثلاً تصورهما (تصور كلمة اهدأ) أو أنصت وأنت تنطق بها، أو تخيلها كومضة نور تظهر في ذهنك. فكر بهذه الكلمة عندما تتنفس تنفساً سهلاً. ومع كل زفير نلهواء استرخي أكثر فأكثر، وثبت هذه الكلمة في ذهنك خلال هذا الجزء الاسترخائي من الدورة النفسية.

### ٣ الاسترخاء وعمليات التغذية الراجعة الحيوية (Relaxation and Biofeedback):

كلنا يعلم أن الجسم والنفس يعملان على أساس وحدة متكاملة وظيفياً، وفي  
الوقت الذي نشعر فيه بالتوتر أو القلق أو الخوف أو الهروب من هذه الحالات، وعادة  
يطرأ على الجسم أثناء القلق أو الخوف أو الانفعالات مجموعة من التغيرات  
العضوية بهدف حشد الطاقة لمواجهة الموقف الصعب أو الطارئ. من هذه  
التغيرات ارتفاع ضغط الدم وتدفقه إلى العضلات... ويسمى رد فعل الجسم تجاه  
المواقف الصعبة رد الفعل الإنذاري (Alarm Reaction)، وهناك عوامل خارجية  
للقلق أو الخوف، وهناك أيضاً عوامل داخلية كما في حالة الكبت حيث يضطر

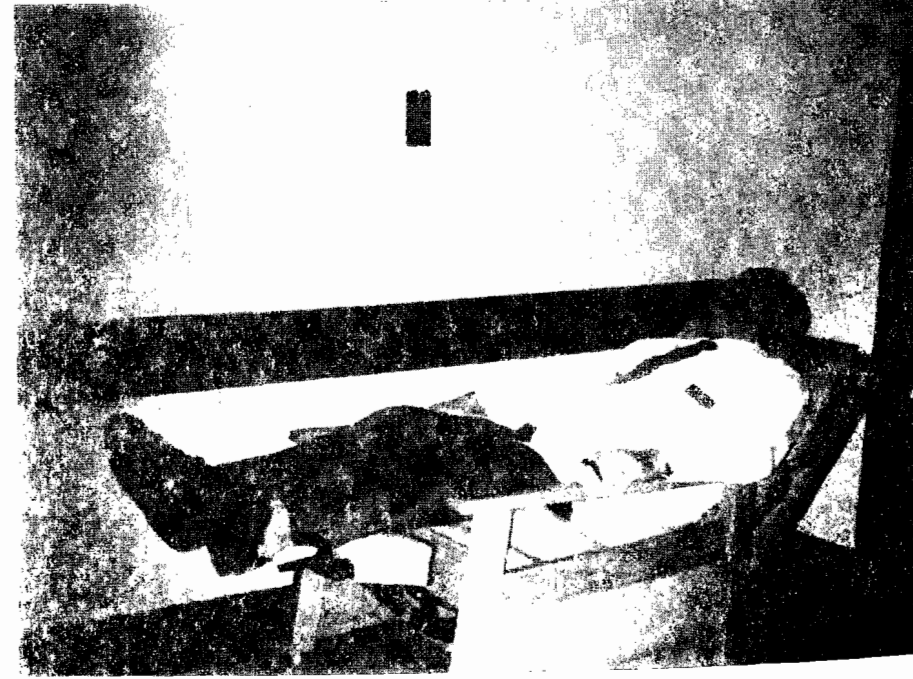
الفرد إلى كبت انفعالاته أو  
قمعها (Supression) مما  
يؤدي إلى اضطرابات  
وظيفية عضوية. وتشير  
الدراسات إلى أن ما  
يقارب من (٨٥ - ٨٠٪)  
من أمراض واضطرابات  
الأفراد الذين يزورون  
العيادات الخارجية ترجع  
إلى عوامل التوتر النفسي  
(اقرأ عن العالم هانز سيلي  
(H. Seley) ومثالاً لأمثلة  
النواقص العادة)، أو عوامل  
تربطها علاقة بهذا التوتر. ومن  
المعالم لابد أن الطب  
التقليدي لا يستطيع تقديم  
المساعدة الطبية للأفراد



كرسي التدريب على الاسترخاء

الخطوة الثالثة: اقرن الكلمة المنبهة التي اخترتها مع كل عارضة استرخائية (مثلاً  
عندما تنجز استرخاء مقتضياً قصيراً) حيث تصبح هذه الكلمة مقتربة دوماً مع  
الاسترخاء العميق.

الخطوة الرابعة: حينما ترصد في نفسك استرخاءاً عميقاً، فاجعل  
وتخيل هذه الكلمة المنبهة في الوقت الذي تستشعر فيه بأن الاسترخاء يعم جميع  
أرجاء جهازك العضلي. فالاسترخاء العقلي يساعدك على تسهيل إزالة التوتر البدني  
عندما يكون صعباً عليك أن تنجز كامل مراحل الاسترخاء النظامي. وعندما يتم  
التدريب على ذلك تدريباً كافياً، تصبح هذه الكلمة بمثابة إشارة كلامية منبهة  
لاستثارة الاستجابة الاسترخائية الإشرافية. بهذه الكلمة المنبهة، تستطيع الحصول  
على الاسترخاء العقلي الفوري الآني.



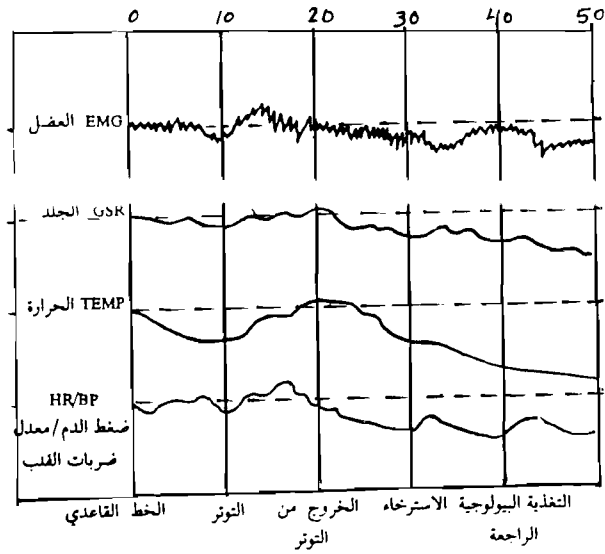
الدكتور فيصل محمد خير الزراد في غرفة التدريب على الاسترخاء  
في مستشفى الطب النفسي



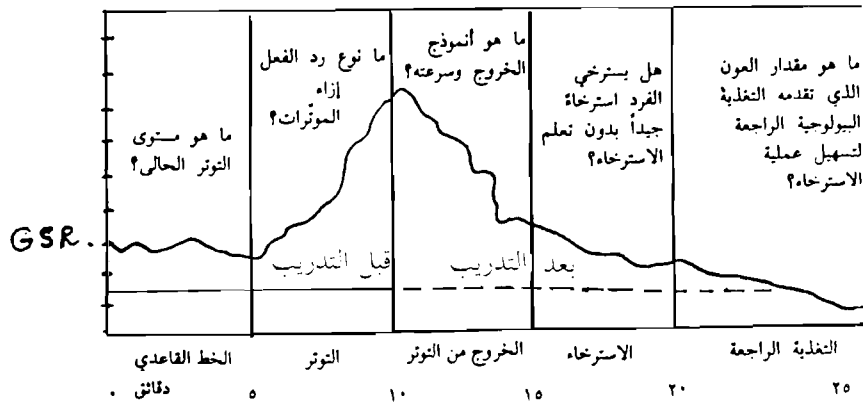
الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية (نفسية - جسدية) وكل ما يفعله أقطاب الطب هو تقديم المساعدة من طريق الدواء، وهذا علاج لأعراض التوتر وليس لأسباب التوترات أو للتوتر نفسه، لذلك وجد علماء الطب النفسي السلوكي أنه

يتسبب التوترات والتوترات الجسدية، والتدريبات على الاسترخاء التي أشرنا إليها آنفاً، والتي تفيد في مواجهة حالات التوترات وبالتالي إعادة الوظائف الحيوية إلى طبيعتها. ومن أجل تزويد المريض أو المعالج بمعلومات عن حالة الاسترخاء ومستواها استعان الباحثون بأجهزة التغذية الراجعة الحيوية (التي أشرنا إليها سابقاً) حيث توضع أقطاب كهربائية (Electrods) على أجزاء من الجسم، وهذه الأقطاب تمدنا بمعلومات عن حالة الجسم. وبواسطة تغذية راجعة صوتية، أو صوتية، فولر (1917). وقد أشار كل من بوميرلو وبرادي (1979) وهما من أقطاب الطب النفسي السلوكي إلى أهمية العلاقة بين التغذية الراجعة والعلاج الذاتي (Self Regulation)، ومن خلال هذه الأجهزة يمكن معرفة ما طرأ من تغيرات على عملية الاسترخاء والتوتر وإعلام المريض بذلك، وكذلك بعد تدريب المريض يتم تعميق هذه الاسترخاءات في الحياة اليومية، ويتعلم الفرد كيف يحافظ على استرخاء جسمه وبدون الاستعانة بهذه الأجهزة، ومع تطبيق ما يسمى عملية توليد الأفكار (Autogenic) التي توجي بالهدوء والراحة والاسترخاء. إذاً إن ربط عملية التغذية الراجعة بالاسترخاء الجسمي هي بمثابة طريقة من طرق العلاج، وهي طريقة تتعامل مع أعراض المرض أو أسبابه العضوية الحشوية والحركية، وقد ثبت أن لهذه الطريقة فائدة في علاج الصداع التوترية، واضطرابات القلب، ونقص التروية المحيطة (مرض رينولد)، والاضطرابات السيكوسوماتية، وحالات التبرز اللاإرادية (Fecal Incontinence)، وحالات الشلل النصفي، والصداع الوعائي (الشقيقة)... وقد لوحظ أن في حالات التدريب على الاسترخاء العضلي يمكن الاستفادة من هذه الأجهزة لتحديد المستوى الذي وصل إليه المريض من الاسترخاء، مثلاً أثناء التدريب على الاسترخاء يفضل استخدام بعض الأجهزة مثل جهاز تخطيط العضل الكهربائي (E.M.G.)، أو جهاز مراقبة حرارة الجلد، أو جهاز الاستجابة الغلافية للجلد (G.S.R.) حيث يمكن للمعالج تشخيص حالة الاسترخاء لدى المريض.

ويفيد جهاز (E.M.G.) كمدقيس لمستوى الاسترخاء ومن أجل تحديد ما يسمى الخط القاعدي لدى المريض، مثلاً يمكن وضع أقطاب هذا الجهاز على عضلات جبين المريض ثم تدريبه على الاسترخاء، وهذا الجهاز يضعه النشاط الكهربائي للجسم في صورة موجات كهربائية، وهذه الموجات الكهربائية تتغير وفقاً للتغيرات التي بصرية حيث يتنبه الفرد (المعالج) إلى هذه الإشارات ويلاحظ التغيرات التي طرأت على النشاط العضلي الذي لم يسبق له أن لاحظته. وقد تبين من خلال الدراسات أن التغذية الراجعة من منطقة عضلات جبهة الرأس أكثر فاعلية في تحديد مستوى الاسترخاء الذي وصل إليه المتدرب، وفي القدرة على التمييز بين الاسترخاء والتوتر. ومن ثم التقلد نحو عملية الاسترخاء العاد، وإذا وجدت عضلات نوعية متوترة فإنه يمكن التعامل معها بشكل خاص بواسطة أسلوب التغذية الراجعة، ويمكن إخضاع حالات التوتر العضلي الشديدة إلى الاسترخاء واضعاف هذا التوتر تدريجياً، وقد يحتاج المعالج السلوكي في عملية الاسترخاء إلى أكثر من جهاز، كما يمكن للمعالج أثناء تدريبات الاسترخاء مراقبة حرارة الجلد بواسطة جهاز خاص، حيث أن من الطبيعي أن تزداد حرارة الجلد كلما زاد الاسترخاء والعكس، وذلك لأن الاسترخاء يوسع من الأوعية الدموية الجلدية، ويخفف الضغط على الأوعية المحيطة، كما يمكن استخدام جهاز (G.S.R.) الذي يقيس درجة نقل الجلد أو نفاذيته للكهرباء (Skin Conductance) وعلاقة ذلك بحالة القلق والتوترات، والاضطرابات المصاحبة لزيادة تيبس الجملة العصبية السمندوية، وفي الكشف عن الصراع النفسي ودرجة المقاومة في العلاج النفسي، وكذلك جعل المعالج يقوم بتعديل الإشارة التي يعطيها الجهاز (المعلم النفسيولوجي) بالاتجاه المطلوب. ويُعلم المتدرب على الاسترخاء بأنه تم قياس درجة الاسترخاء من خلال إشارة العداد، أو حرارة اليد، والتحديد بالتذكر أن تقنيات التنفس، وعملية توليد الأفكار والتخيّل تترى كأنها عملية الاسترخاء وتزيده، ويظهر أثر ذلك في مؤشرات الأجهزة المستخدمة، مثل نحن المتدرب لنفسه مسانق على مستوى البحر دافئ، أو داخل حديقة خصراء في أحد أيام الصيف، ويسكن أن يتخيّل الفرد أن يديه موضوعة في ماء دافئ، أو يجلس أمام موقد للحطب... ولتغترن منساع الدافء بالاسترخاء ويتوسع أو عبة اليدين وزيادة تدفق



البروفيل النفسي - الفيزيولوجي (لفولر)

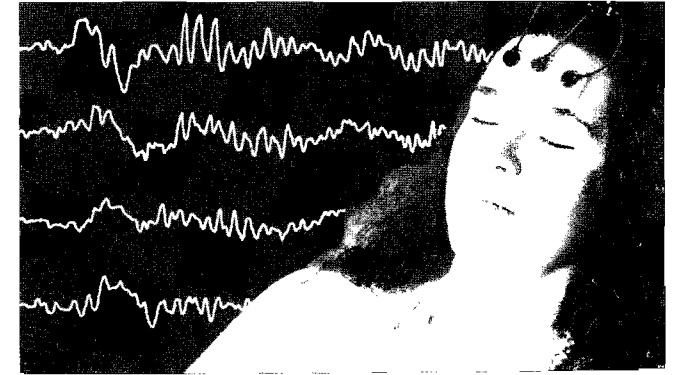


البروفيل النفسي - الفسيولوجي بعد التدريب على الاسترخاء

فولر Fuller (1977)

- الأشكال نقلا عن محمد الحجاز، (فن العلاج في الطب النفسي السلوكي)، دار العلم للملايين، بيروت (1991).

الدم فيهما، وذلك من الكنتين إلى الساعدين إلى رؤوس الأصابع، وعادة لا يشعر المريض أو المتدرب بهذه الإحساسات إلا إذا شُدَّ انتباهه إليها من جانب المعالج. ويمكن ملاحظة اتجاه تزايد الحرارة مثلاً في جهاز قياس حرارة الجلد، ويمكن للمتدرب أن يستمد في التصاعد الحرارة في الصدر (مالم يتدخا السعال فعدة استمرار الحرارة) وهذا ما يسمى التأثير المتراحم الذي يؤدي إلى تبدلات سريعة يعكسها جهاز الحرارة، وتجب ملاحظة أن جلوس المتدرب في وضعية واحدة لفترة أكثر من ٣٠ دقيقة ينجم عنه خفض في درجة الحرارة بسبب عدم الحركة، كما أن المشي قليلاً ينشط الدورة الدموية ويسهل الاسترخاء، ويمكن توضيح درجة تقدم المتدرب في عملية الاسترخاء من خلال بعض الرسوم البيانية كما هو مبين في الأشكال وفي الملحق لأجهزة التغذية الراجعة الحيوية، وكذلك في الأشكال التالية التي هي نتيجة دراسات علمية حول عمليات الاسترخاء قبل عملية التدريب وبعدها (\*\*).



(استخدام جهاز تخطيط عضلات الجبين) (EMG)

(\*) ملاحظة: لاستخدام أجهزة التغذية الراجعة الحيوية لا بد من توفر مكان محقق لتلك يكون خالياً من وجود حقول مغناطيسية أو كهربائية، ويكون هناك مصدر كهربائي خاص وبأمان، مع البعد عن الضجيج والمثيرات.

- ❖ استجابة تأكيد الذات.
- ❖ نماذج من المقابلات العلاجية حول استجابة تأكيد الذات.
- ❖ نموذج من المقابلات العلاجية للتدريب على الاسترخاء.
- ❖ مناقشة.

# Biofeedback Relaxation System

INSTRUCTION MANUAL



جهاز التغذية الراجعة الحيوية  
(الاستجابة الجلفانية للجلد)

## استجابة تأكيد الذات (Self Assertiveness Response):

يشرح جوزف ولبي في كتبه خصائص الاستجابات العدوانية (Aggressive) والاسترخائية (Relaxing)، والودية (Affectionate)، والجنسية (Sexual) وكذلك خصائص الاستجابات التأكيدية، كاستجابات مضادة لحالات التوتر والقلق أو وجد ولبي أن هذه التقنية مفيدة في علاج بعض الاضطرابات والإضطرابات الداخلية المخاوف الاجتماعية (Social Phobia) بسبب المواقف الشخصية (Interpersonal)، وتستخدم هذه التقنية التدريب على تأكيد الذات (Assertive Training Techniques) عندما يتأكد المعالج بأن سبب القلق هو من الآخرين مثل الخوف من النقد، أو عدم القبول، أو من التقييم، أو من السارة من الآخرين لا تميل إلى الحدوث إذا قام المريض بتغيير الموقف، وما يهتم المعالج تحديد المواقف الشخصية الداخلية التي تخلق القلق غير المناسب (Inappropriate Anxiety)، وعلى المعالج للمريض كيف أن المخاوف غير المتكيفة (Unadaptive Fears) الصعوبات (Difficulties) في هذه المواقف المحددة التي يعاني منها ويمكن عرض عدد من الأمثلة التوضيحية من أجل إيصال (تسويق) (To Sell The Idea)، ويمكن للمعالج استخدام قدر كافٍ من الضغط (Pressure) لجعل المريض يقوم بأداء الاستجابات المناسبة في المواقف المناسبة، وتتم عادة مناقشة المريض وتقويم الأداء الذي قام به، ويُدرَّب المريض على الاستجابات التأكيدية خلال جلسات العلاج (Therapy Session) التي يديرها المريض بدقة أثناء عملية العلاج، وينقلها إلى مواقف الحياة الواقعية (Real Life)، إن تشكيل سلوك المريض (Behaviour Shaping) بهذه الإجراءات ونقل ذلك

إلى الحياة الواقعية يسهم في كَفِّ أو محو مشكلات القلق والخوف في المواقف الحياتية للمريض، ومعنى تأكيد (أو توكيد) الذات الإصرار على بلوغ مطلب ما، أو الوصول إلى الأهداف بشكل منطقي، وواع، ومقنع، أو الحصول على الحقوق.

والحصول على اعتراف الناس بالفرد ومضالبه، وإثبات الفرد لوجوده، وُلذاته ولشخصه... ويجب عدم الخلط بين تأكيد الذات وبين العدوان، فتأكيد الذات يتضمن القدرة على معارضة الآخرين والتعبير عن الرأي مهما كان مخالفاً لرأيهم، وفي تأكيد الذات تكون الاستجابة موضوعية ومنطقية، وانحكم على الموقف موضوعياً، لذلك يقترح غولدشتاين استخدام مصطلح التدرّب على التعبير العلان عوضاً عن تأكيد الذات.

ويرى جوزف ولبي أن معظم الحالات النفسية يشاهد فيها القصور في المهارات الاجتماعية التأكيدية، مثلاً المراهق الذي يصاب بالتهتهة في مواقف اللقاء مع الجنس الآخر مما يؤدي إلى تجنبه هذا اللقاء، والخوف من التعبير عن شكوى، أو عن استلاب حق... ومشاعر الخوف واستجابات الخجل أو القلق تقود أحياناً إلى توجيه الدوافع نحو سلوكيات غير تكيفية مثل اللواظ، والعادة السرية، والانحرافات، وسلوكيات أخرى خفية... وتتعدد طرق استخدام التدريب على المهارات التأكيدية، كما تختلف في مستواها بدءاً من تدريب طالب جامعي يعاني من الخجل المفروض، إلى علاج حالات القصور في المهارات الاجتماعية التأكيدية لدى مريض فصمي وفي إطار برنامج لعلاج الفصاء. ويستخدم المعالج في هذا الصدد تقنيات عدة مثل لعب الأدوار، والتقليد، وإرجاع الأثر المترتب على قيام الفرد (المريض) بأداءات إيجابية، أو سلبية، التدعيم الاجتماعي من قبل المعالج، ومن المهم (كما ذكرنا) أن ينقل الفرد تدريباته إلى مواقف حياته العادية. ويعتمد منهج العلاج السلوكي في التدريب على السلوك التأكيدي بأن يبدأ المعالج خلال المقابلة في مناقشة المريض بمشكلاته وأبعادها وشرح ما فيها من أخطاء أو ملاحظات (عملية استبصار) ويعمل على بثّ النفور أو الكراهية (Aversion) لأي سلوك سلبي، وأن يوضح للمريض أن الفرد الذي يترك الأمور تسير من حولك ودون تدخل منه هو من الناحية الاجتماعية فرد لا قيمة له، ومن الناحية النفسية هو فرد ضعيف الشخصية، وعلى المعالج أن

يبين للمريض أن سلوك الخوف والقلق والارتباك... عبارة عن سلوك سلبي يؤثر في حياته، وفي توافقه، وفي صحته، ويقضي على آماله، ويشتت قدراته، ويشير المعالج إلى نواحي الضلم والاستبداد الذي تعرّض له المريض في حياته، إن مثل هذا

ذلك نورد المثال التالي لجوزف ولبي حول حالة شخص كانت أمه تتصف بأنها دكتتورية، ومتسلطة، ومسيطرّة وقاسية، وكانت هذه الأم تؤذي مشاعر ابنها باستمرار، وتؤلمه من طريق النقد اللاذع والانفجارات الوجدانية التي تستخدم فيها الأم الضغن، والإهانة والتأنيب... إلى درجة أصبح فيها الابن عاجزاً عن التعبير بطريقة مباشرة عن قنوطه، وحنقه وألمه... وذلك لأنه يعلم من خلال التجارب السابقة أن هناك نتائج مرعبة ومخيفة تنتظره إذا حاول الإجابة أو الرد على من هو أكبر منه، ولا شك أن هذا الابن كان يشعر بالقلق كلما أراد أن يعبر عن سخطه وعن أفكاره، فهو عوضاً من أن يظهر الأعراض يعترف بالذنب وينسحب بعد اعتذاراته، ويلوذ منطوياً على نفسه، ومع مرور الوقت كان القلق يزداد وينتشر ويتسع مداه، وفي هذه الحالة قام المعالج بتدريبه على تأكيد ذاته وتعليمه بأن التعبير الخارجي عن السخط والحنق يؤدي إلى وقف القلق والخوف أو الارتباك... وأن تكرار مثل هذا التعبير الخارجي والصريح سوف يؤدي إلى عملية كَفِّ شرطي تمنع من ظهور القلق، ثم بعد ذلك تم تدريب المريض على كيفية تطبيق هذا المبدأ في مواقف متعددة منفردة. ولا شك في أن هزيمة القلق تتوقف على مدى حدوث الأفعال التأكيدية الظاهرية، وإحساس المريض بأن له الحق أن يكون ما هو عليه، وأن يعبر عن مشاعره طالما أنه لن يسبب (حسب غولدشتاين) الأذى لأحد، وإذا ظهرت أي صعوبة في تعليم المريض الاستجابات التأكيدية الكبيرة، فإن المعالج بإمكانه البدء بأنواع بسيطة منها، حيث يتمكن المريض من السيطرة على بعض مواقف العلاقات الشخصية من طريق القيام بأنماط من السلوك التأكيدي الخارجي، وتدريبه يكتسب المريض الشعور بالسيطرة والتحكم في بعض العلاقات إلى أن ينشأ شعوره بالتأكيد الذاتي، ويستمر في هذا النمو حتى يصل إلى مرحلة يستطيع فيها أن يعبر عن ضيقه وقلقه تعبيراً ظاهرياً ومباشراً وعندما تدعو الحاجة لذلك.

وعادة يقدر المعالج حاجة المريض إلى التدريب بعد أن يستمع إلى وصف

من حين لآخر من شدة الغضب، والألم، وليس بمستغرب أن يصاب آرثر بالهزات وبالضعف العام، وأن يتعرض للقرحة، والتوترات، والصداع، وفي ذات يوم تعرض آرثر لحالة شديدة من الكآبة والانطواء أدت به إلى محاولة الانتحار. سبب برحمة سي سامل سي ماهيه وحدت سي فانت روبرا سي شعور غيوي باليأس وبخيبة الأمل والإحباط (Frustration). وفي صباح هذا اليوم قامت زوجته آرثر ببعض الأعدال التي ضايقته، وحسب طريقتة في الحياة لم يقل لها شيئاً بل تركها وذهب إلى عمله وهو يشعر بالضيق والألم، وعندما وصل إلى عمله ضُرب منه أن يذهب إلى مكتب صاحب العمل (The BOSS) وذلك بتهمة ارتكاب خطأ في عمله. ولم يكن في الواقع قد ارتكب هذا الخطأ، وأمام صاحب العمل واجه آرثر الكثير من اللوم والنقد بسبب خطأ ارتكبه صديق له، ولم يكن أمر الصديق قد اكتشف، وبقي آرثر ساكناً حياً ذلك، ودون أن يستطيع أن يقوم بأي رد أو أن يفضح السر، و طوال هذا الصباح أخذ صديقه بالضحك والسخرية لأن آرثر كان قادراً من التوبيخ والإهانة دون حق أو مبرر، وكعادته لم يكن آرثر يقول شيئاً ولم يحاول الدفاع عن نفسه، ولكنه شعر داخلياً بالغضب والإهانة والألم وفي الوقت نفسه تعرض آرثر لبعض المضايقات من أحد الكتبة الصغار في مكان عمله، وهذه أخرى لم يقل آرثر شيئاً، وفي المساء عاد إلى منزله ليكتشف أن زوج أخته أخذ من عنده جهاز التسجيل الخاص به دون إذن منه، كما أثبت له بعض الأشرطة، وفي هذه السرة استجاب آرثر ولكن دون فهم أو روية منه، والفجر فجأة في وجه زوجته التي زادت من شدة ضيقه عندما لم تفهم وضعه، وهاجمته باليوم وتهنئه أنه يبالي في تصرفاته، ومن الطبيعي أن هذا الانفجار الفجائي كان نتيجة لاستمرار التوتر وتصاعده والضغط النفسي طوال هذا اليوم، وبعد فترة قصيرة أدرك آرثر أنه وجه غضبه توجيهاً خاطئاً (Misdirected) مما أدى إلى الإحساس باليوم والندب والتأنيب الضميري، وبالإضافة إلى ذلك لم يكن تعود الاستجابة العنيفة والرد في الوقت المناسب، وأخيراً طبق المعالج على آرثر أسلوب العلاج التأكيدي (Assertive Therapy) وأخبره المعالج بأسلوبه الخاص في العلاج، وأنه ما كان عليه أن يترك منزله في الصباح دون أن يخبر زوجته على الأقل بأنها قامت بأعدال وملاحظات جارحة أدت به إلى القلق والحزن، وكان عليه أن يناقش تصرفات

المريض لتفاعلاته مع الآخرين ويتحرى علاقاته مع الزملاء والمرؤوسين، والوالدين، والأطفال وغيرهم من الناس في محيطه، وبعض المعالجين يتعمقون في البحث عن أحاسيس النقص، والذنب لدى المريض واستغلال الآخرين له، والامتناع عن توجيهه إلى روبرا سي سامل سي فانت روبرا سي شعور غيوي والسماح للآخرين باستغلاله، وفي الوقت نفسه الإحساس بالغضب والندبة والتوتر، وقد يبحث المعالج في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المريض، أو حالات اكتئاب، والانطواء، والسلبية مع ملاحظة أن الفرد الانبساطي غالباً ما يكون تعبيره عن تأكيد ذاته غير ملائم، ويغلب لدى هذا الفرد أن تنقصه الحساسية إزاء مشاعر الآخرين في تفاعلاته معهم، وأن يسلك سلوكاً عدوانياً نحوهم، وقد يتوفر لدى الفرد القدرة على التعبير الملائم إلا أن حالتي القلق والارتباك تعوقان ذلك. وغالباً ما يحتفظ المريض بسجل خاص لتفاعلاته اليومية مع الآخرين يسجل فيها ردود الفعل المناسبة، وردود الفعل غير المناسبة، وتتم مناقشة المعالج خلال الجلسة العلاجية بكل هذه التفاصيل، ويتم اقتراح طرق بديلة للتعبير إذا تطلب الأمر ذلك، وقد يضطر المعالج في بعض الحالات إلى استخدام أساليب إضافية تختلف حسب الأفراد والحالات، فالشخص المتمزمت أخلاقياً ربما تفيد معه المجالات المنطقية لكي يقف من أجا الحصول على حقوقه، كما أن أساليب التربية والتنشئة الأسرية الخاصة قد تسهم في الإحساس بعدم القدرة على تأكيد الذات كما شاهدنا في المثال السابق.

ونذكر أيضاً من الأمثلة التي قام جوزف ولبي بمعالجتها حالة شخص اسمه آرثر (Arther) يبلغ من العمر ٣٨ سنة يعاني من مشكلة عدم قدرته على تأكيد ذاته، ويخاف من ذلك والسبب حسب المعلومات الواردة للمعالج أن أسلوب الأسرة لعب دوراً في ذلك، وبالذات تربية أبيه له، الذي كان يؤكد له باستمرار ضرورة كتم ما يضايقه في نفسه، أو أن يتعود قمع انفعالاته، ومخوفه، وكان من جملة تعاليم أبيه له أن جميع مشكلات العالم من أبسطها سوف لا تحدث إطلاقاً إذا كفت الناس عن الكلام، أو إذا تكلموا بأقل ما يسكن، وكان القول الذي يردده أبوه أمامه: «إن الأسماك لن تقع في المشكلات إذا احتفظت بفتحها مغلقاً»، وعلى ذلك فإن آرثر تعلم أن يتدب مشاعره كلية، وأنه كان ينفجر

العملية جانباً اجتماعياً نابعاً من علاقات المريض مع الآخرين. وذلك أن الآخر هو الذي يؤكد وينتمي عند المريض شعوره بالضعف الذاتي. من هنا كان التوكيد الذاتي جوانبه النفسية، والاجتماعية، والفكرية، وعلى المعالج بفضل خبراته أن يحقق نوعاً من التوازن أو الانسجام بين هذه الجوانب السابقة. والذي حصاه عدة ان المريض قد يبيع في توكيد ذاته أو يدرجه شعاع حتى ذلك. مما يؤدي بالمريض أحياناً إلى القيام بردود أفعال قوية وغير منسجمة مع الواقع. وردود الأفعال هذه قد تسيء إلى من وجهت إليه من الآخرين فيسعون بدورهم إلى المحافظة على ذواتهم وعلى مشاعرهم. فهي تؤدي إذاً إلى إثارة مشاعر الآخرين. الأكثر ثباتاً واتزاناً - ضد مشاعر المريض - المضطربة - وقد تكون مشاعرهم أيضاً قوية وجامحة فتؤثر تأثيراً سيئاً في المريض مما يؤدي إلى توكيد الضعف الذاتي لديه، ومضاعفة قلقه وضيقه، وزيادة شعوره بالخنوع والإهانة. ويلاحظ أيضاً أن هناك بعض الحالات يكون فيها المريض في حالة ارتباك شديد، فيعتقد أنه إذا قام بالسلوك التوكيدي فإن في ذلك امتهاناً لحقوق الغير أو أنه يسقط (Projection) مشاعره على الآخرين، ومن الطبيعي أن المعالج يستطيع أن يوضح ذلك للمريض بعرض حالات ومواقف من حياة المريض وخاصة إذا كان المريض يشعر بمسؤولية إزاء من يوجه إليهم التعبير عن تأكيد الذات مثل الأب. أو الأم. أو المدرس. ولا بد من توضيح بأن الإحساس بالخوف والإثم غير المنطقي يؤدي علاقته بالآخرين كما أنه يسبب الأذى لهم، ولهذا الأسباب فإنه يغلب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج بعد جمع المعلومات عن المريض ومناقشة حقوق المريض التوكيدية معه، وقد يكون ذلك من طريق قراءة مواد تتناول هذه الحقوق مثلاً (من حقتك أن تغير رأيك)، (من حقتك أن تعبر عن نفسك بصدق)، (من حقتك أن تقول لا دون الإحساس بالذنب). وقد يكون من الضروري مناقشة المريض في بعض معتقداته الخاطئة، والخاصة. وأنه قد يكون هو المصدر لمشكلته لعدم تفسيره المواقف والرد عليها بالشكل الصحيح.

وعند التدريب على تأكيد الذات وتعليم المريض السلوك التوكيدي المناسب والفعال. لا يمكن للمعالج تجاهل السعائر الثقافية المتعلقة بالجنس وبدور الأنثى. والذكر. والكبير والصغير. والكثير من برامج تعليم التأكيد الذاتي تتضمن عدلية

وجته تجاهه، وكذلك يناقش موقفه مع صاحب العمل حيث كان ينبغي عليه أن يؤكد له أنه ليس المسؤول عن الخطأ الذي حصل، وليس من الضروري أن يقول شيئاً عن زميله، وكان من الواجب عليه أن يفعل ذلك، لأنه لو فعل ذلك لكان مسؤولاً عن ذلك. وهذا النوع من التوكيد الذاتي هو الذي يهدف إلى مساعدة المريض على مواجهة مشكلاته بشكل عام. وبشكل عام أخيره المعالج أنه لو تعامل تلقائياً مع كل موقف من هذه المواقف بمجرد حدوثه لما كان هناك أثر للتأثير المتراكم في نفسه ولما حدث هذا التوتر والقلق اللذين استبدا بأثره. ولقد تطلبت حالة آرثر أربعة شهور من العلاج التأكيدي حتى زالت كافة أعراضه النفسية والفكرية والعضوية والاجتماعية... خضع آرثر لدراسة تتبعية لمدة ستة أشهر إلى أن أصبح بعد هذه المدة في حالة اجتماعية وشخصية جيدة، وأثناء عملية التدريب التوكيدي كان ولبي يطلب من المريض تسجيل جميع النقاط ذات المعنى والدلالة في علاقاته الشخصية، ثم تناقش هذه النقاط، كما كان ولبي أيضاً يبحث عن المواقف التي أدت إلى الإحباط والقلق لدى المريض، وكان ينظمها ويرتبها تدريجياً بتتابعات معينة وذلك إذا تكررت المواقف أو أتيحت الفرصة لذلك، ويكون من السهل عادة معرفة المشكلة الأساسية للمريض (The Original Problem) التي ارتبطت بنقص القدرة على توكيد الذات لا سيما إذا وصلت إلى النسبة الحرجة، وإذا ظهر أن هناك نوعاً من الضعف في استجابة المريض للمعالج. فإن على المعالج أن يوجه عنايته نحو التخلص من هذا الضعف من طريق المقابلات المنظمة والهادفة إلى إزالة الشعور بالخنوع والتعبير عن الإستياء والغضب، وإذا مرّ المريض بموقف في حياته العملية وكانت استجابته ضعيفة، فإنه يعيد تمثيل الموقف. ثم يتبادل مع المريض الأدوار فيقوم المعالج بدور المريض، ثم يقدم الاستجابات التوكيدية. ويبلغ في البدء في إظهار التوكيد، وبذلك يتيح للمريض أن يتعلم التوكيد الذاتي من طريق التقليد، وفي هذا الصدد يؤكد المؤلف ومن خلال التجارب العملية التي مرّ بها على ضرورة تنظيم ودراسة خطوات العلاج التوكيدي. حيث لا تترك هذه الخطوات، عندما تكون في الواقع، أي أثر لدى الغير، وذلك لأن هذه العملية هي عملية شخصية داخلية نابعة من إحساس الفرد ومن شعوره الخاص نحو أمر ما، شعور يتصف بالنقص والإحباط وعدم القدرة على إبراز الذات، كما أن لهذه

لتمييز ومعرفة ما يناسب المريض (أو العميل) من سلوك تأكيدى، وفي هذا المجال قد تستخدم طريقة النمذجة<sup>(1)</sup> (Modeling) لعرض السلوك المرغوب.

(1) استجابة المريض

الإنسان يقدر على التعلم من طريق ملاحظة وتقليد سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، ويرى ألبرت بندورا (Bandura, A 1960) بأن النمذجة تعتمد على تقديم معلومات يكتسبها الفرد بصفتها تمثيلات رمزية للحدث المنشج، ويضيف بندورا بأن هناك أربع عمليات متضمنة في النمذجة هي العمليات الانتباهية (المدخل الحسي)، وعمليات إعادة الإنتاج الحركي، وعمليات الاحتفاظ (Retention) حيث يترجم العمل الملاحظ إلى رمز أو دليل للأداء مستقبلاً (عملية تجريد المعلومات من أحداث ومصادر عدة). وعادة يقدم السعالج في النمذجة نماذج حية أو رمزية (تسجيلات صوتية أو مرئية أو مكتوبة) لعرض سلوك معين مما يؤدي إلى انطفاء غير مباشر للأحداث الباعثة على القلق أو الخوف، كما قد يستخدم المعالج المحاكاة حيث يعرض نماذج أو مواقف تقلد جوانب بيئة المريض. لقد تبين للباحثين بأن الكثير من الاستجابات المرضية (والسوية أيضاً) تكتسب من طريق النمذجة والتقليد وملاحظة سلوكيات الآخرين وطريقة الكلام لديهم... كما تبين أن معظم المواقف المولدة للتوتر والقلق تنتج عن عدم فهم الفرد للدور الذي عليه أن يقوم به في مواجهة هذه المواقف، وخاصة الأدوار في المواقف الاجتماعية، وطريقة النمذجة تجعل المريض يتعلم كيفية الأداء الصحيح في المواقف الاجتماعية، كما تجعله يتعلم تحمل الإحباط والتحكم بالانفعالات وتجنب الاندفاع والعدوان... ويرى جوزف ولبي أنه يمكن استخدام طريقة الكف بالتقيض من طريق إثارة مواقف خلال جلسات العلاج وبالاعتماد على تخيل المريض وتكون هذه المواقف مثيرة للقلق والانزعاج والتوتر وعلى المريض إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة مثل:

- ١- تأكيد التواصل البصري مع الشخص أو الموقف المثير للتوتر أو للإحباط...
- ٢- إظهار القدرة على التعبير اللفظي عن الأفكار أو التصورات العقلية التي تسبب الموقف بشكل إيجابي وموضوعي.
- ٣- إظهار القدرة على التعبير عن المشاعر والأحاسيس بشكل طبيعي.
- ٤- اتخاذ وضع جسدي وحركي يدل على الثقة وبشكل لا يثير الغضب أو الانفعال لدى الآخرين.
- ٥- إظهار استجابة المعرضة والمواجهة ضد المواقف السلبية.

وقد ثبت أن محاكاة سلوك الآخرين أشبه ما يكون بدافع لدى الإنسان. وعمالية المحاكاة هي عملية نسبية حيث ليس المطلوب فيها هو محاكاة سلوك الآخرين تماماً ولكن المطلوب الوصول إلى الهدف نفسه بطريقة مماثلة، كما ثبت أن عملية المحاكاة (أو التقليد) هي أسلوب فعال للحصول على التقبل الاجتماعي، وإحساس بالطمأنينة، والتأكيد الذات، كما أنها تجنب الفرد القلق والتوترات، وعمالية المحاكاة تعتمد على ما تحققت هذه العملية من نتائج إيجابية (معززات) بمعنى آخر إن أي شيء إيجابي يحقق لدى الفرد في تقليده للنموذج (Model) يزيد من احتمال حدوث عملية التقليد وهذا ما أشار إليه العالم ألبرت بندورا عام (١٩٦٠) في حديثه

ولزيادة الفعالية العلاجية يمكن الجمع بين هذه الطريقة وطرق أخرى، وقد يستخدم المعالج شريط الفيديو لتقديم نماذج أو نصوص مكتوبة لسلوك النموذج. وبعد ملاحظة النموذج يتدرب العميل على السلوك وتقليد سلوك النموذج ويستجيب على سبيل تلميذ راجع من أن النموذج يقدم في وقت محدد من التحسين والتدعيم الاجتماعي. ويرى بعض المعالجين أن تسجيل سلوك العميل على شريط فيديو قد يكون أسلوباً مناسباً لإرجاع الأثر (العلاج الظلي)، وقد يستخدم البعض أسلوب (لعب الأدوار) (Role Playing) حيث يقوم المعالج بأداء دور المريض المناسب، ثم يعطي للمريض الفرصة لتكرار الأداء، إلى أن يتعلم الاستجابة بشكل يشعره بالراحة وعدم الارتباك. وينتج عن لعب الأدوار إحساس المريض بالقلق إلا أن هذا القلق يتناقض باضطراب بتكرار المريض للأداء. وبعد أن يُدرَّب المريض في العيادة تعطى له تمارين متسلسلة لممارستها في الواقع، وتبدأ من التمارين البسيطة حيث يتم التعامل مع الأفراد الذين لا يتوقع منهم رفض السلوك التأكيدى، إلى التمارين المعقدة.

ويعتبر جوزف ولبي هذا الشكل من الاستجابات التأكيدية العلاجية حالة خاصة من حالات طريقته الكف بالتقيض، حيث يعتبر استجابة تأكيد الذات مضادة للقلق والخوف وللمشاعر الضيق، والدونية... إلخ. ويرى ولبي أن ليس من السهل كف القلق الداخلي الشديد من طريق تأكيد الذات. إلا أنه إذا أمكن ذلك فإن علاج حالات الخوف والقلق الناجمة عن بعض العادات السيئة التي تعودها المريض مثل الخنوع، والطاعة العمياء، والسلبية، والانزواء... يفيد فيها مثل هذه الاستجابات.

ويقارن جوزف ولبي بين العلاج الاستبصاري (Insight Therapy) الذي عادة ما يجري في مقدمة التدريبات التأكيدية، وبين التدريبات التأكيدية التي لا تستخدم

= عن عملية التعلم الاجتماعي من خلال التقليد (Social Learning Through Imitation). وقد وجد بندورا أن عملية المحاكاة تعتمد على ملاحظة وتبني الفرد للدور الذي يحدث أمامه (بشكل واقعي حقيقي أو بشكل تخيلي)، كما تعتمد على تذكر هذا الدور في وقت لاحق، وأن تتولد لدى الفرد الدافعية للوصول إلى الهدف، وقد وجد أن عملية التقليد تفيدي تعديل العمليات المعرفية والعاطفية والسلوكية والاجتماعية والأخلاقية... إلخ. وهذا يعني إمكانية استخدام نماذج من الأدوار من أجل إرشاد وعلاج حالات الأفراد المرضى الذين يعانون من حالات عضائية وضعف القدرة على تأكيد الذات.



التفسير التأملي وتوجيه النصح المباشر لم تؤدِّ إلا إلى تحسن حوالى (٨ - ١١) مريضاً من أصل ٣٥ مريضاً. والجدير بالذكر أن لازاروس أضاف استجابات أخرى من قبيل ما أسماه «الغمم بالقلق» (Flooding of Anxiety) حيث يتعرض المريض للعديد من سيرات سلبية، موحدة من قبل الممارس، في محاولة منه للتغلب على الخوف. وهذه الطريقة تشبه إلى حد ما طريقة ستامبل (Stampfl) (١٩٦٧) القائمة على عملية التفجر الداخلي للفرد المريض.

وبشكل عام إن عمليّة تأكيد الذات لدى جوزف وليبي هي عملية فيه تجمع بين الإشراف الكلاسيكي والإجرائي، وطريقة التعلم بالندجحة، وإجراءات ضبط الذات (Self Control). والعلاج السلوكي الذي يعتمد على تأكيد الذات يعتبر أن الحرية الانفعالية والتعبير عن الانفعالات الإيجابية أو السلبية وفي مواقف الحياة المختلفة هي أساليب تتعارض مع حالات القلق والعصاب، فالتفرد لا يمكن أن يكون توكيدياً وقلقاً في الوقت نفسه. واستخدم لازاروس هذا الأسلوب بنجاح بالرغم من أنه اتجه نحو تدريب مرضاه على الرفض والغضب والعدوانية أحياناً (وليس على التعبير الانفعالي الإيجابي دون العدوان) ويتفق معظم المعالجين السلوكيين مع لازاروس بأن مفهوم الحرية الانفعالية أكثر شمولية من مفهوم تأكيد الذات، وقد لوحظ أن بعض المرضى النفسيين يعبرون عن تأكيدهم لذواتهم من طريق الرفض والعداوة ونقد الآخرين، ولكنهم يعجزون عن تأكيد ذواتهم من طريق المودة والإعجاب، أو تأييد الرأي... والواقع أن التعبير الإيجابي من الانفعالات يؤدي إلى خفض القلق وإلى بناء علاقات وثيقة، واحترام لذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال. ويمكننا أن نلخص أهم طرق تأكيد الذات بما يلي:

- ١ - أسلوب تطبيق المشاعر (Feelings Talk) والتعبير عنها بصوت مرتفع، مع أسلوب المعارضة إذا كان هناك اختلاف في الرأي مع الآخرين.
- ٢ - تعويد العميل أو المريض على استخدام كلمات مثل (أنا - في اعتقادي - إنني أرى - موافق - غير موافق - غير صحيح -...).
- ٣ - التدريب على بعض المهارات الاجتماعية التي يجد المعالج أن فيها قصوراً لدى العميل ويتم ذلك من طريق المحاكاة. وإضافة إلى التدعيم الاجتماعي من قبل المعالج.

في مقدماتها العلاج الاستبصاري الذي يسبق التدريبات التأكيدية مفيد وفعال ويسرّع من عملية العلاج، وحيث يطلب من المريض التمييز بين مدركاته الصحيحة والخاطئة حول مشكلاته، وحتى تصحح هذه المدركات أكثر فأكثر ويوصي وليبي باستخدام بعض المقترحات التي تزيد من استبصار المريض لمشكلته والتي تهدف إلى زيادة الدافعية لدى المريض بفصد التخلف عن السهولة (السابق الخاطيء) والوصول إلى درجة من الثقة، والفهم، والاطمئنان بمساعدة المعالج، ومن مقترحات وليبي أن يصور المعالج لمريضه حالته المرضية الحاضرة وأن يشير إلى نقاط الضعف وعدم القبول فيها وهذا ما يجعله يحتقر (Despised) هذا الضعف والآخرين الذين هم سبب ذلك، وكذلك أن يظهر للمريض بأن حالة الفتور أو البلادة (Dullness) تجاه الأفراد الذين سببوا له المشكلة هي التي أدت به إلى الإحساس بالظلم والاضطهاد، وسبب ذلك عدم تأكيده لذاته. ويركز وليبي على قوة المعايير الأخلاقية المتعلقة بحقوق الفرد (The Rights) وذلك من أجل توجيه المريض نحو الأحسن.

هذا وقد استخدم بعض العلماء أمثال لازاروس (١٩٦٦) طريقة لعب الدور (Role Playing)، التي أشرنا إليها سابقاً أو ما يسمى بطريقة التدريب التمثيلي (Rehearsal). وقام لازاروس بمقارنة هذه الطريقة الجديدة بضيق أخرى في العلاج النفسي تفيد في تعديل المشكلات النفسية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية والتخفيف منها، مثل طريقة التمثيل، أو طريقة التفسير التأملي (Reflective Interpretative) أو ما يسمى طريقة التوجيه أو النصح المباشر (Direct Advice). أي إخبار المريض عما يجب أن يفعله علاوة على شرح ما فعله حتى وصل إلى حالته الراهنة. وتبين (للازاروس) أن طريقة التمثيل العلاجي هذه كانت أكثر فائدة من باقي الطرق حيث تم تحسن ٢٣ مريضاً من أصل ٣٥ مريضاً، بينما طريقة

يرى سالتر (Salter) في طريقته العلاجية بواسطة الفعل المنعكس الشرطي، واستناداً إلى نتائج دراسات بافلوف حول الإثارة والكف، والتوازن بين الإثارة والكف حيث تتحقق الصحة النفسية أن شخصية الإنسان إما من النوع المقيّد أو المكفوف الذي لا يستطيع تأكيد ذاته، وبما من النوع المنطلق المستثار الإيجابي، وهذه الشخصية غالباً ما تخلو من القلق وتهدف عملية العلاج إلى التغيير من نوع الكف إلى الاستثارة والانطلاق، وفي رأي سالتر أن هذا يختلف عن مفهومه الانطواء - الانبساط لدى إيريك.

٤ - التدريب على إحداث استجابات جسمية مناسبة مثل تعبيرات الوجه، وأساليب الحركة، والكلام، والمشى...

٥ - بعد هذه التدريبات في العيادة النفسية يُعطى العميل تدريبات في عالم الواقع

من - - - - -

٦ - يتعين على المريض قبول المنطق والعقلانية وليس معنى ذلك الإذعان لأراء الآخرين، أو استرضاء الناس، بل يتم ذلك عن قناعة ورضى وفهم وقبول أخلاقي، ويقترح بعض المعالجين تدريب المريض على قول كلمة (لا).

ويمكن للمريض من خلال التدريب على عمليات تأكيد الذات تعلم تقبل النقد والاعتراف بالخطأ عندما يسلك سلوكاً خاطئاً، والقبول بتعديل الأفكار، أو السلوك، أو التصورات الخاطئة إذا كانت تستحق ذلك، ومخاطبة الناس حسب مستوى تفكيرها، وعدم الالتفات إلى أساليب النقد والسخرية، والانتباه جيداً إلى ردود الفعل الانفعالية والسلوكية والنفسية والجسدية (Body Language) في المواقف التي يتعرض لها المريض، وتجنب الاندفاع، مع القدرة على توجيه التعليمات، وضبط الذات، وإجراء الحوار أو المناقشات، ومواجهة مواقف الإحباط، وامتصاص انفعالات الآخرين.... إلخ.

● ويقترح الدكتور الحجّار (١٩٩٩) بعض الأسئلة التي تكشف عما إذا كان المريض يحتاج إلى علاج تأكيدى أم لا، وهذه الأسئلة هي:

أ - كيف تتصرف إذا اتضح لك بعد أن اشتريت سلعة بأن دراهمك غير كافية لدفع ثمنها؟

ب - ماذا تفعل إذا وجدت أن السلعة التي عدت بها إلى المنزل كانت فاسدة؟

ج - ماذا تفعل إذا اقتحم أحد الأفراد دورك في الصف عند قطع تذكرة الحافلة أو على صندوق الدفع في المصرف؟

د - ماذا تفعل إذا وجدت موظف المصرف وبعد انتظار قد تجاهل حقك في الدور؟

هـ - ماذا تفعل إذا طلبت دجاجاً مشويّاً في المطعم وأحضر لك عامل المطعم دجاجاً مقليّاً؟

في جميع هذه المواقف على الفرد أن يتمسك بحقه ويناهض تطاول الآخرين

عليه، ولكن شكل مقبول اجتماعياً، وإذا أجاب المريض عن هذه الأسئلة عكس ذلك كان في حاجة إلى علاج لتأكيد الذات.

ويرى جوزف ولبي أن الحوار بين المعالج والمريض أثناء المقابلة يكشف عن

أفعل شيئاً».

**المعالج :** ولكن ماذا تشعر؟

**المريض :** بالغضب والألم في داخلي.

**المعالج :** ولكن لماذا لا تفعل شيئاً؟

**المعالج :** أخاف أن أسبّب في مشكلة أو أن أسس مشاعر الآخرين.

**المعالج :** هذا تفكير خاطئ والصحيح أن تعبّر عن غضبك بشكل مناسب. وإن

بعض الناس يستفيدون من هذه السلبية نحوهم، وعليك ألا تسح

لهم بذلك، وأن ينالوا من حقوقك. وبإمكانك في مثل المواقف

السابقة أن تتعلم القول: «لطفاً هل تفضل بأخذ دورك في الصف»

«هل يمكن إعادة السلعة لأنها فاسدة».

وهكذا يصبح المريض تدريبياً أكثر ثقة بنفسه ويواجه الآخرين دون خوف أو

قلق، ويسكن تدريب المريض على لعب دور تخيلى، أو لعب دور عملي واقعي

وذلك بإعطاء المريض تدريبات على تأكيد الذات في مواقف حياتية متروضة أو

حقيقية وذلك لإنجازها والتدريب عليها. هذا وقد وضع ولبي اختبار تأكيد الذات

لتطبيقه على مرضاه وللمعرفة مدى حاجتهم النفسية لعملية تأكيد الذات (انظر

الملحق رقم (٢)). علماً أن هناك اختبارات نسبية متعددة لقياس مستوى تأكيد

الذات مثل مقياس ريزس. (انظر كتاب «الأمراض النفسية المعاصرة» د. مطيع

سليمان، دار النفائس، بيروت عام ٢٠٠١م، صفحة (٤٤٠)).

### نموذج من المقابلات العلاجية لجوزف ولبي (استجابة تأكيد الذات):

في ما يلي نموذج مقتبس لإحدى المقابلات التي قام بها جوزف ولبي

بقصد شرح العلاج السلوكي، ويلاحظ في هذا النموذج التعليقات التي تتخلل

الحوار.

## المقابلة الأولى

الاختصاصي - صباح الخير مدام سميث... ما هي مشكلتك؟

المریضة - أشعر بالحزن أحياناً.

الاختصاصي - ما الذي يحزنك؟

المریضة - الأطفال في الآونة الأخيرة.

الاختصاصي - ماذا يجلب لك الحزن في الأطفال؟

المریضة - قبل أن أنتقل إلى المكان الذي أعيش فيه الآن تعودت.... وكذلك

هم تعودوا أن يسمعوا كلامي، ويحزنني أن زوجي لم يعد يتواجد

في المنزل قدر الكفاية، فهو لا يتقضي وقتاً كافياً مع الأطفال.

وأشعر كما لو كنت أنا أقوم بتربيتهم بنفسي.

الاختصاصي - ماذا يعمل زوجك؟

المریضة - يعمل الآن حلاقاً.

الاختصاصي - ما الذي يمنعه من التواجد في المنزل وقتاً كافياً؟

المریضة - إنه يعمل ساعات طويلة.

الاختصاصي - ما هذه الساعات الطويلة بالتحديد؟

المریضة - إنه يغادر البيت في الساعة السابعة صباحاً ويعود في الثامنة مساءً.

الاختصاصي - وقت طويل بالتأكيد... حسناً هذه مشكلة عمل. هل هناك

مشكلات أخرى تضايقتك؟

المریضة - نعم - هناك أشياء كثيرة...

الاختصاصي - مثل ماذا؟

المریضة - الأشياء التي أقرأ عنها في الصحف.

الاختصاصي - على سبيل المثال؟

المریضة - أووه مثل.... لقد رأيت حوادث كثيرة حدثت أثناء الحرب، والآن

أرى كثيراً من حالات القتل التي تشبه الحرب، وعندما حضرت

إلى هذه المنطقة في أول الأمر اعتقدت أنه لا يوجد مكان أفضل،

لقد حسبت أن الإنسان يستطيع أن يعيش في سلام وإنه ربما لا

تكون هناك مشكلات في هذا، كنت لا أرى ولا أسمع شيئاً، أما

الآن أسمع الكثير مما أصابني بالحزن الشديد.

الاختصاصي - منذ متى آتيت إلى هذا المكان؟

المریضة - منذ عام ١٩٤٧.

ب

المریضة - كان عمري ٢١ عاماً تقريباً.

الاختصاصي - دعيني أستوضح شيئاً معيماً الآن: هل لو بقي لديك الشعور الأول

خلال السنوات القليلة الأولى من انتقالك إلى هذا المكان لما كان

هناك داع لوجودك الآن هنا في هذا المكان؟

المریضة - نعم... صحيح لم يكن هناك داع لآتي إلى هنا.

الاختصاصي - هل تستطيعين أن تذكرني ماذا حدث حتى جعلك غير سعيدة

الآن؟

المریضة - لا أعرف... ربما... كما ترى... حينما ولدت ماتت أمي ولم تكن

تريدني ورفضت حتى النظر إلى وجهي، وقد اعتادت جدتي أن

تقص عليّ ذلك... لم ترغب أمي في أن تحملني بين يديها ولم

تضمّني إلى صدرها، وعندما كانت تموت أبدت أسفها لأنها

سوف تترك المنزل، ولكنها لم تبد أي أسف لأنها سوف تتركني

طفلة رضية، وقد اعتادت جدتي أن تعيد ذكر هذه الأشياء على

مسامعي، وكان يجب ألا تفعل. وهناك أشياء كثيرة يصعب عليّ

الآن التحدث عنها.

الاختصاصي - هل كانت جدتك لأمك معك هنا؟

المریضة - لا... لقد ماتت مقتولة.

الاختصاصي - أووه... أسف، ولكن هل تستطيعين أن تذكرني شيئاً ما عن الوقت

الذي بدأت تشعرين به بعدم السعادة؟

المریضة - كما ترى لقد حرمت من عطف وحنان أسرتي وأمي، وكنت

أنتطلع إلى من يعوّضني عن هذا الحرمان، ويشعروني بأنه مثل الأم

بالنسبة إليّ، ولكنني وجدت الأشياء مختلفة كثيراً عما توقّعت،

ومنذ ذلك الوقت وأنا أشعر بهذا الحنين وأتمنى لو أستطيع

الاقتراب من الآخرين ولكنني لا أستطيع أن أقترِب كثيراً. وإذا حاولت شعرت بالخوف من الإهانة وأسرت بالهروب.

الاختصاصي - هل يعني ذلك أنك في البداية عندما حضرت إلى هذا المكان

أخيراً اكتشفت ان الناس قد حَيَّبو ظنك؟

المریضة - آه... آه... إن لي حالة وأذكر أنها قالت لي يوماً أنها تريد أن تكون لي.

وعندما أتيت إلى هذا المكان ظننت أنها سوف تكون كذلك، وقد حدثت أشياء كثيرة... وأتذكر أنني كنت حاملاً في طفلي الأول، وعندما كنت في حجرة الانتظار في مستشفى التوليد، ووضعت مولودي الأول في الساعة الحادية عشرة والدقيقة الخامسة والخمسين مساءً، وكان زوجي قد اتصل بخالتي لإخبارها، ولكنها كانت قاسية في الرد، وقالت لزوجي: إنك أيقظتنا من نومنا ولن نستطيع النوم ثانية... ألم يكن من الممكن أن تنتظر حتى الصباح، لم يكن هناك داعٍ لإزعاجنا بهذا الخبر. لقد ألمني كثيراً هذا الرد... وهناك أشياء كثيرة أخرى ولكن هذا ما أذكره الآن.

الاختصاصي - هل الأشياء الأخرى من هذا القبيل؟... هل هي عبارة عن

أشخاص أو أصدقاء كان من المتوقع أن يكونوا مخلصين، ولكن الواقع أثبت غير ذلك؟

المریضة - إنني لم أحاول الاقتراب من أحد.

الاختصاصي - حسناً ولكنك الآن اقتربت كثيراً؟

المریضة - نعم؟

الاختصاصي - لقد ذكرت أن أطفالك لا يطيعونك كما ينبغي وأن زوجك يعذب

طوال الوقت، ولذلك فهو لا يساعدك في رعاية أطفالك، وهذه أمور عادية يتوقعها الفرد العادي، وحل مثل هذه الأمور يسكن التوصل إليه من طريق الزوجين، ولكن مجيئك إلى هذا المكان وطلب العلاج الطبي النفسي يوحي بأنك تشعرين ببعض الصعوبات أو المواقف الصعبة غير العادية.

المریضة - كانت هناك فترات وأيام لم أكن أشعر فيها بأبني أعيش، ولولا أنني

تذعرت بالصبر وتشجعت كثيراً لثقلت نفسي أكثر من مرة، وما زلت أعاني من هذا الشعور، لقد تعودت على هذا الشعور منذ طفولتي...

وهم لا يريدونني، لقد كانوا ينادونني بكافة الألقاب المؤذية، واعتادت جدتي لأمي أن تخبرني أن من الأفضل أن أذهب دون عودة لأنهم لا يريدونني، وهذا هو الوقت الذي بدأت فيه أشعر بالرغبة في الانتحار، لقد أحسست أنه يجب ألا أواصل الحياة.

الاختصاصي - أم... آه... إيه... أريد أن أسألك عن ردود فعلك لبعض المواقف

العادية التي تتكرر في حياتنا اليومية، افرضي أنك وقفت في صف طويل لقضاء أمر ما وفجأة جاء شخص ووقف أمامك دون استئذان ماذا تفعلين؟

المریضة - أتركه إذا أحسست أن هناك سبباً أو مبرراً لذلك... أتركه يذهب، ولكن إذا لم يكن لدي وقت فإني لا أحب هذا التصرف.

الاختصاصي - ماذا تعنين... أو ماذا تفعلين؟

المریضة - لا أفعل شيئاً أتضايق أو أحزن (تضحك).

الاختصاصي - إذا ذهبت إلى حانوت واشتريت شيئاً كتوب من الصوف مثلاً، وعندما وصلت إلى المنزل اكتشفت أن فيه ثقباً صغيراً... ماذا تفعلين؟

المریضة - أعيده للبائع لأريه إياه.

الاختصاصي - ألا يزعجك أن تعيده إليه ثانية؟

المریضة - لا أعرف.

الاختصاصي - أقصد هل تفعلين ذلك بسهولة أو أنك تشعرين أن من الصعب إرجاعه؟

المریضة - أنا لا أحب أن أزعج الناس كثيراً... ولهذا السبب أنا لا أحب أن أرجعه، أما إذا حدث خطأ في المنزل ولم يصنحه العمال جيداً فإن زوجي يدفعني إلى الكلام وأحياناً يتحدثاني إذا كنت أستطيع أن

أتكلم، ويقول لي : «هذا هو السبب في أن الناس يأخذون حقتك وفرصتك دائماً، بسبب أنك لا تملكين الشجاعة على قول (لا)» ...

**الاختصاصي -** حسناً... يبدو أن ذلك وكأنه عادة ثابتة، وهذا من الأشياء التي

**المريضة -** حتى الآن لم أحقق نجاحاً.

**الاختصاصي -** ولكن أريد أن أخبرك كيف تحققين النجاح. انظري! دعينا نأخذ مثلاً بسيطاً وهو المثال الذي استخدمناه من قبل والخاص بوقوف شخص أمامك في الصف (الطابور) وأخذ دورك. افترض أن شخصاً مستعجلاً وليس لديك الوقت، وشعرت بالألم لما فعله هذا الشخص، وفكرت في عمل أي شيء بصدد هذا التصرف الخاطيء... ولكنك تراجعته عن هذا التفكير تحت تأثير الشعور بأنك لا تريدين جرح مشاعر هذا الشخص، وما أريدك أن تفعله في المستقبل هو أن تنفسي عن مشاعرك، وقد يكون ذلك صعباً في البداية، ولكنك إذا عبرت عن مشاعرك وقلت للرجل مثلاً: «من فضلك إرجع إلى مؤخرة الصف» فإنك بمثل هذا التصرف المنطقي تستطيعين دفع مشاعر الألم والخوف لديك، إنك بذلك سوف تخففين من حدة هذه المشاعر إلى حد ما، وسوف يكون مثل هذا التصرف سهلاً في المواقف المسألة التالية.

**المريضة -** سوف أحاول.

**الاختصاصي -** كلما أكثر من المحاولات كلما أصبح ذلك سهلاً عليك، وهناك مواقف حياتية كثيرة تتطلب ذلك، والمهم هو العمل.

**المريضة -** ولكن افترض أن شخصاً ما طلب مني خدمة ما وأنا أعرف أنني لا أستطيع تقديمها له، وفي الوقت نفسه لا أستطيع أن أقول (لا)، ولا أن أخرج عن طبيعتي، ويجب أن تكون هناك كلمة (لا) وهذا ما سأفعله أو أتعلمه.

**الاختصاصي -** هذا صواب، يمكن أن تتعلمي أن تقولي (لا) وسوف يكون من السهل عليك قولها إذا بدأت في مواقف صغيرة غير محرجة.

**المريضة -** قد يكون ذلك في المنزل ومع الأطفال.

**الاختصاصي -** نعم... في مثل هذا النوع من المواقف.. قد يكون من المصادفة

الغريبة أن جئني في الشهر الماضي مريض بعائني من المشككة

في

الجامعات ووصل به الحال إلى أن أهائته سكرتيرته وطلبت منه

أن يذهب إلى ساعي البريد ليسجل خطاباً، وهو لا يستطيع أن

يقول (لا)، ويشعر بأن من الواجب ألا يقول (لا)، ألا ترى أن

ذلك عجيب؟ (تضحك). لقد كان من الصعب عليه أن يقول (لا)

ولكن قالها، وأصبح من السهل عليه قول ذلك. على كل حال

هناك العديد من المواقف التي يكون من الصواب فيها أن تعبري

عن مشاعرك تجاهها، وأن تتصرفي تبعاً لهذه المشاعر، ويجب أن

تتعلمي أن تكوني قادرة على ذلك، وليس معنى ذلك أن تكوني

غير مهذبة أو سليضة، أو عدوانية، هناك شيء واحد أريد أن

أذكرك به وهو أنك إذا تعلمت عادة قول (لا) في المواقف

المناسبة وفي الوقت المناسب فلا ينبغي أن تثيري الشغب أو أن

تستخدمي العنف، ولكن إذا لم يصحح الخطأ واستمر الفرد في

فعل ما هو مخالف فسوف تزدادين أماً وقد لا تستطيعين ضبط

نفسك وتثورين، إنني أريدك أن تضعي مثل هذه المواقف في

الاعتبار، المواقف التي تشعرين برفض الآخرين لك.

**المريضة -** أنا لن أحاول أن أرتبط أو أحتك بالناس إلى هذا الحد. ولا أرى

ماذا سيكون الموقف. أنا لا أريد القيام بتجارب.

**الاختصاصي -** نعم... ولكن، هناك نوع آخر من الرفض أو النبذ وهو النوع

البسيط، وأريد معرفة تصرفاتك في مواجهتها، افترضني على سبيل

المثال أنك كنت تسيرين في الطريق، ووجدت أحد المعارف أو

أي شخص لا تعرفينه معرفه جيدة وترفعت أن هذا الشخص

سوف يقدم إليك التحية، ولكنه نظر إليك ثم ذهب في طريقته دون

أن يؤدي التحية.. هل يؤلمك مثل هذا التصرف؟

المریضة - آه... أنا لا أحب ذلك لأنني أقدم التحية لكل من أعرفه.  
الاختصاصي - والآن ما هو موقفك وكيف تتصرفين؟ افترضني أن لديك موعداً لتناول القهوة بعد الظهر مع اثنتين من الصديقات، ووجدت أن

إليك، هل يضايقك مثل هذا التصرف؟

المریضة - لا أعرف...

الاختصاصي - هل بإمكانك تذكر بعض الحوادث أو المواقف التي حدثت لك وأدت إلى شعورك بالحزن؟

المریضة - حضرت خالتي وعائلتها آخر مرة... إيه... هم دائماً يعتقدون أنك لا تفعل من أجلهم ما فيه الكفاية، وكل مرة يحضرون لعندي يحدث شيء ما... وخالتي تحب السيطرة والتدخل في كل شيء، وتحب إصدار الأوامر... وتطلب مني أن أغير وضع المنزل، وأعيد ترتيب أثاث المنزل على هذا النحو أو ذاك، وتخبرني طوال الوقت ما يجب أن أفعله، إنني أعتقد أن لدي الكفاءة لرعاية منزلي بنفسي، ولكن إذا لم أنفذ أوامرها تغضب مني جداً.

الاختصاصي - ماذا تفعلين في هذا الموقف وكيف تتصرفين؟

المریضة - أحياناً أنفذ كلامها، وأحياناً أقول لها لا تشغلي بالك بذلك، سوف أفعل ذلك في ما بعد، سوف أعتني بنفسني، وأشياء من هذا القبيل، وأحياناً أتجاهل ولا أستجيب لها، ولكنني في الوقت نفسه أثور من الداخل.

الاختصاصي - حسناً... هذا مثلاً لما كنت أريد التحدث عنه منذ دقائق، إنها تفرض نفسها عليك، وتتزعج عليك في إدارة منزلك، وينبغي أن تقول لها من فضلك لا تتدخل في هذه الأمور، هذا منزلي وأنا سأنظمه بالطريقة التي تعجبني.

المریضة - أنا لا أريد أن أجرح شعورها بهذا القول.

الاختصاصي - حسناً... ذلك لن يؤذي مشاعرها، ولكنك إذا لم تقول أنت ذلك فسوف تجرحين أنت مشاعرك، وتسببين الألم لنفسك، وهذا أهم

كثيراً من أي شيء يحدث لخالتك، وخاصة أن تصرفك معقول... هذه هي الأشياء التي يجب أن تعملها، ويجب أن تتعلمي التعبير عن مشاعرك وشخصيتك، وسوف تقل مخاوفك وتتلاشى

المریضة - ولكن عندما أحاول الرد على تصرفاتها يجب أولاً أن أفكر في نفسي. أقصد أنه ينبغي ألا أتوقع منها شيئاً... لكن لماذا أتوقع منها أشياء أخرى؟

الاختصاصي - كل ما يجب أن تتوقعه هو العدل والموضوعية، هل العدل والإنصاف والمنطق شيء كبير على التوقع؟ حسناً مدام سميث هذا تقريباً ما أردت أن أنجزه معك هذا اليوم.

يتبين لنا من محتوى المقابلة الأولى السابقة أن المريضة تعاني من الإذعان إلى رغبات الغير ومطلبهم، فهي لا تستطيع أن تعبر عن مشاعرها، وأفكارها، وأن تقول (لا) في المواقف التي تتطلب منها ذلك، ومن الطبيعي أن هذه المريضة تعلمت هذا السلوك من أسرتها وخالتها، مما أدى إلى ضعف (أناها) وعدم القدرة على التعبير أو التنفيس الوجداني الذي يريح تفكيرها ونفسيته، ولقد تراكمت هذه الأمور لفترة من الزمن حتى أصبحت شبه عادية راسخة يصعب على المريضة مواجهتها. وقد تطلبت حالة سميث تدريبها على السلوك التأكيدي (Assertive)، لتستطيع مواجهة القلق والخوف ومشاعر الألم الناجمة عن عادة الخنوع والسلبية تجاه رغبات الآخرين، وسنرى في المقابلة الثانية كيف أن استخدام أسلوب التحصين المنظم مع الاسترخاء مفيد لما تعانيه سميث من نبذ وحرمان، وقد قام المعالج بإعداد قائمة من المشاهد المثيرة للقلق، وعلى أساس البيانات التي تم الحصول عليها من خلال المقابلة الأولى، وقد احتوت القائمة على أفراد معينين رتب أسماؤهم حسب درجة تأثير النبذ الذي يظهره كل منهم تجاه الحالة. وكانت هناك اثنتان هما السيدتان بيننج (Benning) وسلما (Selma)، الأولى تشير قادراً بسيطاً من القلق، والثانية تشير قادراً كبيراً من القلق وتمت العملية العلاجية في الجلسة الثانية على النحو التالي:

## المقابلة الثانية

**الاختصاصي -** نحن الآن سنقوم بعملية التدريب على الاسترخاء، وعلى عملية التحصين المنظمة، وهذه محاولة أولية إذا أدت إلى نتائج علاجية جيدة، فسنقوم بتكرارها في وقت لاحق.

(٥ - ٧) جلسات، وسوف أعرض عليكم المستوى العادي الذي أتبعه في إنجاز هذه العملية، فبعض الناس يستخدمون في الاسترخاء والتدريب على ذلك أسلوباً أو نظاماً مختلفاً.

- حسناً... مدام سميت سأعرض عليك الآن كيف ترخين عضلاتك، وكيف تعلمين أنك عندما تسترخين تصحبن أكثر إحساساً بالراحة، وأقل قلقاً، وسوف أعرض عليك الآن كيف تسترخين بدرجة تستطيعين معها مواجهة القلق بفاعلية أكثر مما أنت عليه الآن.

اقبضي بيدك على ذراع الكرسي، واضغطي عليه بقوة، ثم أخبريني بما تشعرين نتيجة لقبضك على الكرسي بقوة فسوف تكون هناك إحساسات معينة في يدك وقد تكون هناك إحساسات أخرى غير التي بيدك اليسرى، قد تشعرين بإحساسات معينة في يدك اليمنى، أشيري إلى جميع أجزاء جسمك التي حدثت فيها بعض الإحساسات بسبب قبضك على ذراع الكرسي بشده.

**المریضة -** نشير إلى أيد اليسرى.

**الاختصاصي -** الفكرة الأساسية في العمل الذي تقومين فيه الآن... أنه لكي تحصلي على الاسترخاء العادي يجب أن ترخي كل جسمك مرة واحدة... أما الطريقة غير العادية فهي كالتالي: سوف أقوم أنا بشد ذراعك، وحاولي أن تقاومي وأن تسحبها، وسوف نلاحظين أثناء هذه العملية أن عضلاتك مشدودة، وعند ذلك سأترك ذراعك وأطلب منك أن ترخيها بالتدريج ولاحظي أمرين: الأول أن شعورك بالعضلة سوف يصبح أقل والاسترخاء فيها يصبح أكثر... حسناً الآن اجعلي مقدمة ذراعك إلى الأسفل لكي تستريح على

ذراع الكرسي، وقد تتصورين أن الأمر قد انتهى وأن الاسترخاء قد تم، ولكن الأمر ليس كذلك لأن بعض العضلات ما زالت تهتز من أثر الشد والمقاومة وهذا يعني أنها لا تزال مشدودة، وهذا يتطلب أن تستدعي في أخذ العضلة في يدك اليسرى وحسي ترخي يديك واهل اعصبي يديك ثم تسحبها بشده ثم ارخيها على الكرسي وهكذا حتى يتم استرخاء عضلة الذراع تماماً، قد يكون الأمر في البداية صعباً ويحتاج إلى تدريب كثير لتحقيق الاسترخاء، ونظراً لأن هذه أول محاولة لتحصين الاسترخاء فسوف تستغرق من (٢٠ - ٣٠) دقيقة لتحقتي السعي المطلوب، ولكن بعد الاستمرار في التدريب ستجدين أن بإمكانك إحداث الاسترخاء في جميع أجزاء جسمك في لحظات قليلة، والشروط الأساسية هو الإكثار من عملية التدريب ويفضل أن يتم على فترتين يومياً ولمدة ١٥ دقيقة في كل فترة، والآن بعد أن وصلت الفكرة حاولي الاسترخاء....

**المریضة -** أنا بدأت أشعر بالاسترخاء بالفعل.

**الاختصاصي -** حسناً استدري في إجراء حركات الاسترخاء وحاولي أن ترخي من درجتك، والآن سنحاول إرخاء عضلات الوجه بالتدريج حتى ترخي بعض العضلات المتوترة في الوجه، الآن فلنصلي عضلات وجهك وجبهتك بشده، ثم ارخيها، واستدري في الإرخاء، لاحظنا ثم شديها ثانية - وهكذا، وإذا وجدت أن من السهل إغماص عينيك أغضيهما، والخطوة الثانية للوجه ستكون إرخاء عضلات العنق، وهذه العضلات سيوجه إليها اهتمام خاص لأنها إذا ما أرخيت فسوف يستقر الرأس إلى الأمام على الصدر، حاولي هذه العملية مرات عدة وتحسسي في ما إذا كنت تشعرين بشيء في عضلات عنقك من الخلف.

**المریضة -** أشعر ببعض الضغط هناك.

**الاختصاصي -** إذا فعلت هذا التمرين مرتين يومياً فسوف تجدين بعد أسبوع

تقريباً أن ذقنك تصل بسهولة إلى صدرك ولن تشعرني بالشد أو بالضغط على عضلات عنقك من الخلف، حسناً... ننتقل الآن إلى عضلات الظهر، حاولي أن تقوسي ظهرك إلى الخلف حتى تشعرني بالشد في عضلات حاتم الظهر على حاتم العنق، العنقري، والآن سنعمل على إرخاء عضلات البطن، وذلك يعني شد عضلات المعدة كما لو كنت تتوقعين ضربة على المعدة، والآن سننتقل إلى بقية العضلات العادية الأخرى.

دعينا ننتقل إلى الخطوة التالية: أريدك الآن أن تغمضي عينيك، ومع استمرارية إغماضهما حاولي أن تمارسي كافة الحركات التي قمت بها، وطبقاً للتعليمات التي حصلت عليها وعندما تشعرين أنك أصبحت مسترخية سوف أطلب منك أن تتخيلي بعض المشاهد وأنت مغمضة العينين، حاولي أن تتذكريها بوضوح كامل، وحاولي ألا يؤثر تذكرها على حالة الاسترخاء العام الذي تشعرين به، وفي حالة وجدت أن تخيلك للمشهد أثر في عملية الاسترخاء، ارفعي سبابة يدك اليمنى قليلاً لأعلم وبدون كلام أنك تتوترين بسبب تخيلك هذا المشهد. والآن استعدي. تصوّري أنك واقفة في ركن في الشارع تشاهدين السيارات المارة أمامك والجوّ لطيف وحالتك هادئة، أوقفني تخيل هذا المشهد الآن، إذا كان تخيل هذا المشهد أدى إلى توترك ارفعي إصبعك كما اتفقنا، وإلا استمري في الاسترخاء.

المريضة - لم ترفع الأصبع.

الاختصاصي - هذا لطيف... أريدك الآن أن تتخيلي أنك سرت في الشارع الذي سبق تخيله وكنت وحيدة وتستطيعين تمييز وجوه المارة على الجانب المقابل من الشارع. الآن تظهر السيدة بينج وتشعرين أنها تراك وتنظر إليك وتستعدين لرد تحيتها إذا هي بادرتك بذلك. ولكن مدام بينج تجاوزتك دون أن تحييك، الآن أوقفني تخيل المنظر ثم ارفعي اصبعك إذا كان سبب لك بعض القلق،

(المريضة لم ترفع الاصبع). أريدك ثانية أن تعيدي تخيل المشهد كما كنت منذ لحظات، ولكنك رأيت في هذه المرة السيدة (سلما) تسير في الاتجاه المقابل من الشارع، وبدأت تستعدين لرد تحيتها، لأنك تشعرين أنها تريد أن تتحدث معك، دون أن تحييك أو تلتفت إليك، أوقفني المشهد وأخبريني برفع الاصبع إذا كنت قد شعرت بشيء من القلق أو التوتر.

المريضة - (الاصبع يرتفع).

الاختصاصي - شكراً... استمري في الاسترخاء ولا تفكري في أي شيء الآن إلا في إرخاء عضلاتك، حاولي أن تستغريقي في استرخاء عميق، سنبدأ الآن تخيل المشهد السابق مرة ثانية، أنت تسييرين على جانب الطريق وظهرت السيدة سلما على الجانب المقابل وبدأت تشعرين كأنها تنظر إليك وتستعدين لرد تحيتها، ولكنها مرّت دون أن تحييك، أوقفني تخيل المشهد الآن واستمري في الاسترخاء، فكري في إرخاء عضلاتك فقط، والتزمي بالهدوء الكامل.

المريضة - (لا تتجاوب).

الاختصاصي - نبدأ الآن محاولة الثالثة، تخيلي المشهد نفسه بخطواته التي تم تخيلها من قبل، واستعرضيه بجميع تفاصيله كأنك تروين قصة وحتى تسرّ السيدة سلما دون أن تلتفت إليك، أوقفني تخيل المشهد الآن... إذا كنت ما زلت تشعرين بالتوتر عند تخيل المشهد، ارفعي إصبعك كما اتفقنا.

المريضة - (الاصبع يرتفع).

الاختصاصي - حسناً... إذا كانت درجة توترك التي شعرت بها بسبب تخيلك المشهد في المرة الأخيرة أقل مما كانت عليه في المرات السابقة فلا ترفعي اصبعك، وإذا كانت كما هي أو أكثر ارفعي اصبعك.

المريضة - (لم يرتفع الاصبع).

الاختصاصي - حسناً... استعدي الاسترخاء على أفضل صورة ممكنة، استمري بالاسترخاء ثم حاولي تخيل المشهد بحذايره للمرة الرابعة، حتى



تمّ السيدة سلما من أمامك دون أن تلتفت إليك. أوقفني المشهد  
ثم أخبريني برفع أصبعك إذا كان التوتر لا يزال موجوداً.  
- (الأصبع يرتفع).

المریضة - الاختصاصي

إصبعك. وإذا كانت كما هي. ارفعي أصبعك (لم يرتفع الأصبع)  
حسناً واصلني الاسترخاء واستشري فيه وتخلي المشهد  
الخامسة بكل خطواته، ثم أوقفني المشهد واسترخي تماماً...  
تصوري المشهد ثم أوقفه... إذا كان الاضطراب لا يزال ارفعي  
إصبعك.

المریضة - (الأصبع لم يرتفع).  
الاختصاصي - حسناً... استمري في الاسترخاء. وسوف أعد الآن من (١ - ٥)

وعندما أنتهي تفتحين عينيك: واحد - اثنان - ثلاثة - أربعة - خمسة.  
- افتحي عينيك... حسناً أخبريني كيف شعورك الآن.

المریضة - أشعر بأنني مجهددة ولن أستطيع أن أفعل شيئاً اليوم... لقد حدثت  
مرة ولم أشعر بتوتر.

الاختصاصي - كيف كان شعورك في أول مرة تخيلت فيها المشهد؟  
المریضة - كنت كالمجنونة... لقد توقعت على الأقل أن تقول لي هانز...

لأنني أسكن في مواجهتها تماماً، لقد كان شعوري آخر مرة أنه  
لم تكن تهتم بي بما فيه الكفاية لتدري بالتحديد على ماذا  
فستذهب...

الاختصاصي - جيد جداً... شكراً لك، لقد قدمت كل مساعدة هذا اليوم.

يلاحظ في المقابلة الثانية بعض التفاصيل المتعلقة بالاسترخاء وتدريب  
عضلات المريضة على ذلك، والذي تمّ بسرعة أكثر من المعتاد في مثل  
هذه التدريبات الإكلينيكية. ويلاحظ كيف تمّت عملية التحصين المنظم ثم

العميق. وقد ظلّ المشهد يستحضر في الخيال مرات عدة حتى أصبح  
استحضاره لا يثير التوتر أو القلق، وقد أخذت المشاهد من قائمة  
المثيرات في مدرج القلق، إذ بدأت المريضة تخيل مشهد سلما بعد أن  
تدربت على مشهد بينج، وفي الجلسات التالية للمقابلة الثانية، ثم  
استحضرت بقية المشاهد في مدرج القلق. وكانت قد حدثت صدقة في  
أحد الأيام ان تواجعت مدام سميث وهي في طريقها إلى المنزل بالسيدة  
سلما خارجة من محطة القطار، وكانت سلما مشغولة ولم تنبه إلى مدام  
سميث التي لم تتأثر بالموقف، واتصنت مدام سميث بالأخصائي  
الإكلينيكي وأخبرته بسرور أنها لم تعد تشعر بالألم وضيق بسبب عدم تحية  
سلما لها.

هذه صورة مبسطة عن إجراءات ولبّي في الكفّ بالتقيض، استخدمت  
لتوضيح هذه الإجراءات التي أشرنا إليها سابقاً، علماً أن في هذه الصورة  
اختصر العديد من العمليات التي وردت سابقاً في هذا الكتاب. مثل تطبيق  
بعض الاختبارات، ومعايير التحسن، ومتابعة الحالة لفترة من الزمن خشية  
الانتكاس. وسنورد في ما يلي حالات من العيادة النفسية السلوكية تمّ فيها  
التدريب على الاسترخاء والعلاج بطريقة الكفّ بالتقيض والتحصين  
المنظم.



❖ عملية التحصين المنظم أو لتخلص من الحساسية.

- التحصين المنظم الواقعي.

- التحصين المنظم الخيالي أو التصوري.



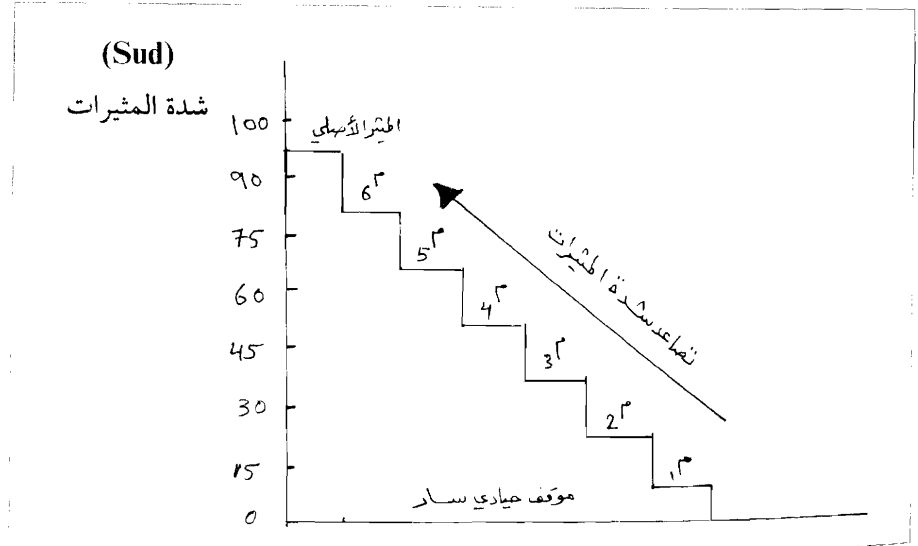
## عملية التحصين المنظم (أو التخلص من الحساسية) (Systematic Desensitization):



تعبّر هذه المرحلة الثالثة في طريقة الكفّ بالنقيض بعد إعا  
وتدريب المريض على الاسترخاء كاستجابة مضادة لحالة الق  
وتحتاج إلى خبرة وممارسة علاجية كافية حتى يتحقّق الهدف من  
العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخا  
المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخي  
حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض  
يستثيره من قلق أو خوف أضعف من حيث القوة من استجابة  
اختارها المعالج، وحيث يستطيع المعالج القيام بعملية كفا  
الضعيف، ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثر  
والمريض في حالة استرخاء. ويمكن أن يستخدم المعالج لتحذ  
أجهزة التغذية الراجعة الحيوية، أو بعض المقاييس الفسيولوجي  
المعالجين يعتمدون في ذلك على التقدير الشخصي للمريض  
تخيل أو تصوّر (Imagine) المثيرات الباعثة على الخوف والقلق  
مواجهتها بشكل مباشر (كما في الواقع)، وعمنية التحصين المنظم  
التخيل أو التصوّر للمشهد المثير للقلق. وفي المراحل الأخيرة  
من المريض مواجهة المثيرات الواقعية وهذا ما يسمّى المواجهة  
(In Vivo Exposure)، أو المشاركة الفعالة (Active Participation). ويرى معظم  
المعالجين السلوكيين أن عملية تخيل العميل أو المريض للمشهد  
وأن يعيش بكل حواسه في هذا المشهد يؤدي إلى إثارة قلق  
الواقع في المواقف الحيّة، وهذا أكثر ملاءمة من الناحية العملي

مدرج القلق، وما شابهها، وملخص هذه الم، ثم يقدم له هذه المثيرات، حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض باسترخاء التي  
مدرج القلق، وما شابهها، وملخص هذه الم، ثم يقدم له هذه المثيرات، حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض باسترخاء التي  
مدرج القلق، وما شابهها، وملخص هذه الم، ثم يقدم له هذه المثيرات، حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض باسترخاء التي

والجهد والتكلفة... فضلاً عن أن ذلك يوفر للمعالج قدرًا من المرونة، وقد ثبت أن عملية التحصين المنظمة باستخدام التصورات الفكرية يعمم أثرها إلى مواقف الحياة العادية وبدون قلق، ولتطبيق هذه العملية نجد المعالج يقدم المثيرات إلى حد ما، وحيث يضمن المعالج باستمرار أنه إذا قدم المثير يكون ما يستثيره من استجابة قلق وخوف... أضعف من استجابة الاسترخاء، وحيث يقوم المعالج بعملية الكف تدريجي للقلق الضعيف. مثلاً لو فرضنا أن شدة القلق المثار من خلال مثير ما حوالى ١٠٠ ساد (Sud) أو ١٠٠ وحدة قياس، وكانت شدة الاستجابة إلى الطعام (بالنسبة لتجربة القطف التي قام بها وليبي) حوالى ١٥ ساد، أو وحدة، فإننا نلاحظ أن استجابة القلق أقوى من استجابة الطعام بكثير حيث يصعب الكف القلق المثار. ولكن يمكن للمعالج الوصول إلى هدفه بصورة تدريجية وعلى مراحل حيث تتضمن كل مرحلة حوالى (٥ - ١٠) وحدات من القلق، وهكذا تستطيع استجابة الطعام أن تكف (توقف) هذه الدرجة من القلق، وفي هذه الحالة تكون استجابة الطعام التي قوتها ١٥ وحدة أقوى من استجابة



مدرج مثيرات القلق والخوف

القلق التي قوتها ١٠ وحدات، وهكذا ينتقل المعالج من مثير إلى آخر أكثر قوة، أي يتقدم ١٠ وحدات أخرى وحتى يصل إلى نهاية الـ ١٠٠ وحدة. قد يقول بعضهم إن مثل هذه الحسابات اعتباطية، ولكنها على الأقل مفيدة في شرح هذه

ومن أجل إنجاح هذه الطريقة<sup>(١)</sup> يجب على المعالج أن يختار الاستجابة لتكون أقوى من استجابة القلق، وتستطيع كف الاستجابة التي يتوقع ظهورها أثناء تقديم المثير (الذي يؤدي إلى قلق المريض)، وفي تلك اللحظة التي يكون فيها المريض في حالة فاعلية وتصوّر، ولكن بصورة أكثر هدوءًا واسترخاءً (نتيجة العلاقة بين الاسترخاء العضلي النفسي والاسترخاء الفكري)، ويتم ذلك بعد مرحلة من التدريب على وضع عضلات الجسم في حالة استرخاء شبه تام، ثم يترك المريض مدّة (١٠ - ١٥) دقيقة إذا كان في حاجة إلى عملية استرخاء أفضل، والمريض (وكما سنرى في ما بعد) يعبر عن ذلك بنفسه بأنه وصل فعلاً إلى حالة استرخاء تام، وهذا لا يعني أن أي مريض يستطيع فعلاً أن يصل إلى هذه الحالة من استرخاء العضلات، فقد يصعب أحياناً على بعض المرضى الوصول إلى ذلك (كما أشرنا في السابق). ويُستعان عادةً في مثل هذه الحالة بأنواع خفيفة من المهدئات التي تُعطى للمريض قبل جلسة العلاج بحوالى ساعة تقريباً، على أن تعطى هذه الجرعة تحت إشراف الطبيب. أما إذا وصل المريض إلى حالة جيدة من الاسترخاء وهذا هو المتوقع، فإن المعالج يبدأ بتقديم المثيرات الموجودة في مدرج القلق تدريجياً بدءاً من المثير الضعيف حتى المثير الأقوى، وحتى تستطيع استجابة الاسترخاء التغلب على استجابة القلق، وبعد أن يقدم المعالج المثير

(١) تذكرنا الفقرة السابقة بقانون العالم (Weber) في علم النفس التجريبي الذي ينص على أنّ شدة المنبه أو المثير تزداد أو تنقص بنسبة معينة ضمن عتبة كبرى أو عتبة صغرى، وهذه النسبة هي التي تحدد العتبة الفارقة. ففي الإحساس بالضغط مثلاً تكون النسبة هذه حوالى (٢٠/١) أي إذا وضعنا على راحة الكف وزناً مقداره ٨٠ غراماً فإننا لا نشعر باختلاف شدة الضغط إلا إذا أضيفت نسبة (٢٠/١) من وزن المنبه أي ما يعادل ٤ غرامات، وكذلك الإحساس البصري تعادل هذه النسبة فيه (١٠٠/١)، والإحساس بالحرارة (٣/١)، والإحساس السمعي (٥/١)، والإحساس الشمي والذوقي (٣/١)، وتعرف هذه النسب بنسب (فيبر)، وقد انتقدت هذه النسب بسبب الفروق الفردية وما يُسمى بالمعادلة.

التالية جزءاً من طاقتها لارتباطها بالدرجة السابقة، وبهذا تكون الدرجة التالية أضعف مما لو كانت في حياة المريض العادية أصلاً، وبالتالي يكون الاحتمال أكبر في أن تتغلب عليها استجابة الاسترخاء. هذا وقد تبين أن المعالج لا يستطيع أن يتصور المريض في حالة استرخاء، بل يتصوره في حالة قلق شديد. بين (٤٥ - ٥٠) دقيقة يأخذ منها المعالج حوالي (١٠ - ١٥) دقيقة للاسترخاء.

والواقع ان عملية التحصين المنظم تعتبر أدق مراحل العلاج وأصعبها، وتنعكس هذه الصعوبة على نجاح العلاج أو فشله، بمعنى أن نسبة كبيرة من الحالات التي تم فيها الفشل في العلاج كان السبب الأساسي فيها أن مدرج القلق لم يتكون بصورة صحيحة، وبمعنى أن المعالج قد يتصور أن المثيرات التي استطاع الوصول إليها هي كل شيء بالنسبة للمريض، في حين يشير الأمر في الواقع إلى أن هناك مثيرات أخرى ناقصة، حيث إذا تقدّم المريض من مثير إلى آخر ومن درجة إلى أخرى لا يكون هذا الارتفاع تدريجياً بما فيه الكفاية لهذا كان على المعالج النفسي أن يتدرّب على كيفية الوصول إلى هذه المثيرات بصورة صحيحة.

سنوضح ذلك بعرض بعض الحالات الواقعية التي قام وليي بعلاجها، ومن بين هذه الحالات حالة المريض (A) الذي بلغ عمره خمسين عاماً وكان يرتدي لباساً أنيقاً، نجده مستلقياً في العيادة على كرسي مريح، وعينه مغلقتين وتنفسه طبيعي، وأطرافه ممدودة ويبدو عليه شيء من الاسترخاء. طلب منه المعالج أن يتصور بأنه يمشي في قطار تحت الأرض باتجاه محطة معينة، واستمر المعالج يطلب من المريض بأن يتصور هذا المشهد، أبواب القطار مغلقة والقطار بدأ في التحرك خارج المحطة التي يريدتها المريض. في هذه الحالة ظهر على المريض بعض العلامات الفسيولوجية التي تشير إلى عدم الراحة وإلى الإثارة، ومن ثم تحركت سبابة المريض اليمنى لتشير بأنه بدأ يعاني من حالة القلق. وفي الحال أخبر المعالج المريض بأن ينهي المشهد الذي يتصوره وأن يعود إلى حالة من الاسترخاء والهدوء. وبعد لحظات طلب المعالج من المريض أن يتصور المشهد عينه ثانية، فالمريض كان رجل أعمال ناضجاً وهو يشعر بضيق شديد عند التنقل في المواصلات العامة، والآن يشعر بأنه استطاع أن يفعل شيئاً ما تجاه مخاوفه ولو بصورة جزئية، حيث أن ذلك أثير من طريق المشهد ونجح في التغلب عليه. وأن

الضعيف الموجود في أدنى درجات مدرج القلق، يطلب من المريض أن يتصور ذهنياً نفسه وهو في هذا الموقف الذي يمثله هذا المثير، وليكن هذا التصور مثلاً (النظر من النافذة من مكان مرتفع)، وهنا قد تظهر مشكلة مؤداها أنه قد يكون من الصعب أن يتصور المريض أن يتصور المثير بصورة طبيعية، لذلك لا بد من تمرينهم على مثل هذا حالة استحالة توفير المثير بصورة طبيعية، وقد يضطر المعالج إلى القيام بالتنويم الاصطناعي أحياناً، وفي هذه الحالة إذا قدّم المعالج أضعف المثيرات فستظهر معه درجة قلق بسيط سرعان ما تزول بواسطة استجابة الاسترخاء. ولأن استجابة القلق والخوف والتوتر تحتوي كجزء من مكوناتها العضوية على توتر عضلي، ويدوم تصور المريض حوالي (٥ - ٨) ثانية، بعدها يقوم المعالج بوقف المريض عن التصور، وعلى أن يسترخي ثانية ويتركه لمدة (١٠ - ١٥) ثانية، ثم تُثار لدى المريض الصورة نفسها أو يتعرّض ثانية للمثير عينه، ثم تتكرّر العملية مرة ثالثة ورابعة، وتكون التعليمات للمريض في هذه الأثناء أنه إذا ما شعر بأي قلق أو خوف أثناء تصوره للمثير، عليه أن يعطي إشارة باليد اليسرى للمعالج وحسب الطريقة المتفق عليها، وفي هذه الحالة، أي عند إعطاء الإشارة يوقف المعالج المثير أو الصورة ويطلب من المريض العودة ثانية إلى الاسترخاء، وعلى أساس أنه لو حاول مرة ثانية ووجد أن القلق لا يختفي يكون من الخطر الاستمرار في عملية العلاج، وإنما من المفروض على المعالج أن يكتفي بهذا القدر في الجلسة.

وفي الجلسة التالية يضطر المعالج إلى العودة للمثير السابق ويقدمه للمريض مرة ثانية، حتى يتم الفصل التام بين المثير وبين استجابة القلق، ثم يتقدّم المعالج خطوة ثانية نحو المثير التالي ويقوم بإجراء العمليات السابقة بالأسلوب نفسه. فإذا تكرّرت عملية خوف المريض وقلقه فمعنى ذلك أن هناك مثيراً أو درجة تقع بين المثير الأول والثاني اللذين قدّما للمريض لم يُكتشف بعد من قبل المعالج، وعلى المعالج اكتشاف هذا المثير وتقديمه للمريض حتى يستجيب له بالاسترخاء، ثم يستمرّ المعالج بالمثيرات أو الدرجات صعوداً حتى يصل إلى نهاية المدرج أو إلى المثير الأصلي. والمفروض أنه كلما صعّدنا درجة في مدرج القلق نكون قد أفرغنا من محتوى هذه الدرجة المثير المسبّب للقلق أو الخوف، وبهذا تفقد الدرجة

الحاجيات التمهيدية قد تمت، ومدرج القلق أصبح جاهزاً والعلاج أصبح ملائماً للعمل، والعلاج يتضمن بعض المشاهد والتصورات حسب جدول منظم وحسب مدرج القلق، وتحت تأثير ظروف معينة مفضلة من أجل كَفّ الخوف. وفي مثل هذه الحالة، يمكن للمعالج أن يلاحظ أن المريض قد أصبح قادراً على التعامل مع القلق بدرجة كافية بحيث يمكنه العودة إلى الحياة الطبيعية. وعندما تتم عملية الكَفّ بنجاح تعاد مرات عدة بالنسبة للموقف الواحد، وبعد ذلك يتقدم المعالج خطوة أخرى في مدرج القلق، وحتى تصبح درجة الخوف الشديدة تدريجياً خفيفة وتزول. وعادة ما يخبر المريض أن يرفع إصبعه إذا ما شعر بقلق شديد، وهذه الإشارة تفيد لمعرفة أي من الاستجابتين أقوى - استجابة الاسترخاء أم القلق - وإلا اضطر المريض إلى استعادة الأحداث السابقة كلها تحت إشراف المعالج (وكما أشرنا إلى ذلك مسبقاً) وحتى يتعرف المعالج على العناصر أو المشاهد المثيرة التي تكون قد أغفلت أو نسيت. ويفضل عادة استخدام إشارة أخرى غير الإصبع لكي لا يحرك المريض جسده، وبالتالي تتغير درجة استرخائه، والمريض أحياناً لا يستطيع أن يستحضر في ذهنه مشهداً معيناً لسبب أو لآخر وهذا ما يجعلنا نشك في ما إذا كان المريض ناجحاً في الوصول إلى عملية تصور جيدة أم لا، ويمكن للمريض أن يشير إلى ذلك من طريق رفع إصبع سبابه يده، وأحياناً يبدو أن المريض أصبح أكثر تثبثاً عند مشهد من المشاهد وأن المقدره على عملية تصور مشاهد جديدة أخرى قد كَفّت تماماً (Totally Inhibited). وعندما يفهم المريض التعليمات جيداً فإن المعالج يستطيع الوصول إلى عملية استرخاء كاملة، وتصبح عملية تصور مشهد جديد أكثر سهولة، ويمكن للمعالج أن يختبر قدرة الفرد على تصور مشاهد جديدة طالما حَقَّق له الاسترخاء الجيد. ولاحظ ولي أن معظم المرضى يتعرضون إلى صعوبة بسيطة في الوصول إلى صورة واضحة لأنفسهم مثلما يكونون في حالة استلقاء على ضفة نهر معشَّب في يوم حار، ويستمعون إلى صوت ماء الجدول وهو يتدفق على الصخور والشعور بلذة النعاس (Drowsy)... طبعاً إن هذا المشهد قد يكون غير مُرضٍ من قبل فرد يخاف الحشرات (Insects)، ويعلم المريض أنه في حالة استطاعته تخيل هذا المشهد بصورة واضحة في ذهنه عليه أن يشير بسبابه يده

اليسرى، إلا أن المعالج يضطر أحياناً إلى الاستعلام عن صفات هذه المشاهد حتى يقرّر مع المريض مدى السيطرة على مشهد ما. وينتقل المعالج من نقطة إلى أخرى مع إعلام المريض عن ذلك، وعن أن المشهد ليس من أجل إثارة الخوف بل من أجل أن يلاحظ أن المعالجين يختلفون في درجة المعلومات والتفاصيل المقدمة لمرضاهم، وطبعاً فإن اختلاف المرضى يتطلب مستويات مختلفة من التفاصيل والمعلومات الشفوية، من أجل الوصول إلى عملية تصور مُرضية، وعادة ما تكون التفاصيل التي لا علاقة لها بالموضوع مؤدية إلى حالة من التصور أو التخيل البليد المشوّه (Sluggish). فمثلاً إن تخيل صرير الباب (Creaks) نتيجة حركته على المفصلات (Hinges) أو سماع صوت سحب أو جرّ، كأنما الباب قد فتح، مثل هذه الأمور هامة جداً في إثارة مشهد يحتوي على الخوف من القطة. وبعض المعالجين يكتفون بتصور مشهد دخول القطة من الباب فقط، حتى يؤدي ذلك إلى إثارة درجة من القلق والتوتر تدريجياً ونهائياً. وفي هذا المجال أيضاً يلاحظ على بعض المعالجين أنهم ينتقلون من مرحلة إلى أخرى مباشرة ودون أن يتأكدوا في ما إذا كان القلق المصاحب للمرحلة السابقة قد زال نهائياً أم لا، وحيث أنه إذا كان ذلك فإن القلق المتبقي أو المتخلف في المرحلة السابقة. وفي المشهد (A) مثلاً سوف يضاف إلى المشهد الذي يطلب من المريض في المرحلة التالية (B)، وهذا ما يجعل هناك صعوبة في عملية كَفّ استجابة الاسترخاء لاستجابة القلق. وعلى كل حال لنفترض أن المريض وحسب التعليمات الموجهة إليه، أشار بإصبعه إلى أنه يدرك المشهد من (5 - 15) ثانية، ثم تأتي التعليمات من قبل المعالج بإنهاء هذه الحالة وأن يركّز انتباهه على عملية الاسترخاء، وأن يعضيه قليلاً من الوقت من أجل ذلك. ثم يطلب من المريض إعادة تصور المشهد مرة ثانية، وبعد نهاية كل وقفة ولمدة وجيزة يقدم المعالج وصفاً شفوياً ليتأكد من أن المريض لم يتعرّض إلى أي من الصعوبات الناشئة عن عملية تغيير الصورة والانتقال إلى حالة الاسترخاء، ثم إلى صورة أخرى، وحتى يتأكد من أن المشهد تكرر مرات عدة ناجحة وبالأسلوب نفسه. أما عن كمية الوقت فإنها توزع على كل قسم من الأقسام التالية (استحضار المشهد فعلياً - وقفة - استرخاء - وقفة).

ويجب أن تكون هذه المواقف مرنة ومحددة، وتدور دائماً حول الثواني لا أكثر، وعلى المعالج أن يستخدم حكمه على الموقف وخاصة في عملية تخمينه لشدة القلق والتوتر التي قد يتعرض لها المريض. ويمكن للمعالج أن يسأل في نهاية تقديم أو حرس الجلسة - مرة واحدة - عن الموضوع الذي قد يكون القلق التي يتعرض لها، وقد لا يخيب ظن بعضهم أن قسماً من القلق قد نقص وبقي قسم طفيف آخر قد لا يدفع بالمريض إلى تقديم أي إشارة مثل رفع السبابة اليمنى، وهذا ما يدل على أن درجة القلق غير مؤذية. ومن الطبيعي أن يكون على المعالج اختيار المشهد المناسب لنقطة أو لدرجة ما (Point) وهكذا في جميع المراحل، وحتى تتم عملية كف القلق تدريجياً، ويُفضل إنهاء الجلسة بمشهد ناجح، وابتداء الجلسة بمشهد سابق أقل إثارة. وعلى كل حال لا يمكن للمعالج نتيجة لعرض المشاهد العلاجية كلها أن يقرر أن المريض قد شفي تماماً من مشكلته إلا إذا كان المريض فرداً عادياً، ذلك أن العصائيين يتطلبون علاجاً أكثر دقة وأكثر وقتاً، كما يتطلبون أحياناً الوقوف وقفة طويلة عند فكرة معينة أو موضوع معين (Theme).

أما عن عدد النقاط أو المراحل التي يجب على المعالج تقديمها في جلسة واحدة فهذا ما يقرره نجاح النتائج، كما أن ذلك يعتمد على الوقت المتوافر، ورغبة المعالج، وحالة المريض بالإضافة إلى عوامل أخرى، والتجربة الإكلينيكية تشير إلى أنه يمكن للمعالج تقديم موضوع واحد أو موضوعين بصورة جيدة، وعادة ما يكون هناك وقت إضافي يساعد في علاج أكثر من ذلك، أي أكثر من ثلاثة موضوعات، هذا وقد كنا أشرنا سابقاً إلى الوقت اللازم لتقديم هذه التصورات أو هذه المشاهد (Scenes) إلى المريض وفي جلسة علاجية واحدة. ونضيف إلى ما سبق أن المشهد الواحد يقدم وسطياً حوالي (٣ - ٤) مرات ويكون ذلك كافياً، ومن المفضل اعتبار هذا المتوسط هو أقل ما يمكن، ويمكن زيادته حسب رغبة المعالج وانطباعه عن سير عملية العلاج، وعادة ما يقدم (٤ - ٥) مشاهد خلال فترة تتراوح بين (٢٥ - ٣٥) دقيقة والمشهد الواحد يقدم خلال (٥ - ١٥) دقيقة، وتترك الحرية للمعالج من أجل التصرف.

ويؤكد ولبي على وقفة الاستراحة للمريض، وهي عادة ما تكون طويلة وتقع

بين تقديم المشهد وبين عملية الاسترخاء، ويمكن أن تدوم فترة الراحة لمدة نصف دقيقة، والواقع أنه لا توجد قاعدة أساسية حول فترة الاستراحة هذه، ولكن يمكن القول إنه يوجد أكثر من سبب واحد على الأقل يشير إلى أن هذه الفترة

إن التجارب التي أجراها نابلكوف (Napalkov) (١٩٦٣) على الرغم أنها لم تجر على عينات بشرية. إلا أنها تشير إلى أهمية طول فترة الراحة التي تفصل بين إشارة وجود القلق وبين المرحلة التالية، وأن فترة الراحة هذه لها أثر حاسم في تفسير ما إذا كان القلق سيزداد أو سينقص في ما بعد. فإذا ظهر القلق نتيجة لإثارة ما فإننا سنحتاج إلى إطفاء هذا القلق قبل أن تعطى أو تقدم للمريض الإثارة الثانية، وحيث أن القلق الذي يظهر في المناسبة الأولى بإمكانه أن يعزز القلق في المرحلة التالية، ثم إن تنالي الإشارات القلقية يمكنه أن يعطينا فكرة عن التراكم الحاد للقلق الذي يتعرض له المريض. وإذا أردنا تجنب الزيادة في القلق في استجابة غير تكيفية بدلاً من أن نضع خطة تهدف إلى الإنقاص من القلق، كان من الضروري أن نمنح وقتاً لهذا القلق الشديد من أجل أن يتبدد (Dissipate).

وقد لاحظ ولبي أيضاً أن هناك مشكلات يمكن أن تنشأ من عملية الارتباط بين الجلسات العلاجية التي سيتعرض لها المريض أسبوعياً. فقد يكون المريض محتاجاً إلى السفر مسافة ما، أو يصعب عليه الاقتطاع من وقت عمله، وعلى المعالج مراعاة ذلك والتعاون مع المريض في اختبار أفضل الأوقات، وهذا ما يقرر أن يكون العلاج يومياً أو أسبوعياً، والمهم أنه كلما استطاع المعالج الاجتماع بالمريض وتوجيه التعليمات اللازمة، كلما أدى ذلك إلى حفظ فعالية المريض بصورة عالية، مما يساعد على التقدم الملموس، وعلى منع العادة العصائية من الاستعادة أو الانتكاس (Relapse).

هذا وقد قامت بعض المحاولات لدراسة الإحساس أو الشعور العام عند المريض (The Common Sense) وذلك من خلال مقارنة نوع العملية الملائمة للعلاج والأكثر فائدة للمريض. وبمعنى آخر معرفة في ما إذا كانت العملية مكثفة (Massed) أي قيام المعالج بمحاولة علاج واحدة وطويلة؟ أم هي عملية مجزأة (Spacing)، أي قيام المعالج بمحاولات عدة وقصيرة ومتكررة. وقد دلت النتائج

على أن كفاءة المريض ومقدرته على التعاون والشفاء، تزداد كلما كانت محاولات المعالج عديدة وقصيرة.

قام رامسي (Ramsay) عام (١٩٦٦) بدراسة قارن فيها بين نموذجين من

والنموذج الثاني التدرّب المكثف (Massed Practice)، وذلك في معالجة ٢١ نوعاً من أنواع المخاوف الحيوانية (Zoophobia). وفي التدريب الموزّع كان المعالج يقدم بالنسبة لكل موضوع من الموضوعات المثيرة للخوف أو للقلق مشهدين، بشكل مثيرين لكل خطوة من خطوات مدرج القلق، ويقدم كل مثير حوالي ٢٠ مرّة وخلال حوالي ٢٠ دقيقة، وفي جلسة علاجية واحدة، أمّا في التدريب المكثّف فقد كان المعالج يقدم مثيراً واحداً حوالي ٤٠ مرة وخلال دقائق عدة وفي حوالي جلسيتين علاجيتين. لاحظ رامسي أن كلتا الطريقتين المكثفة والموزعة تؤديان إلى خفض درجة الخوف والقلق، إلا أن الطريقة التي تعتمد على التدريب الموزّع المتباعد أكثر كفاية. وهذه النتيجة تبدو أنها مخالفة لما توصل إليها العالم ولبي من أن الجلسات العلاجية المتباعدة لا تشكل مسألة هامة. وعلى كل حال فإن ما انتهى إليه رامسي قد لا يكون مناسباً لأي فرد أو لأي مريض. وقد لاحظ ولبي بالنسبة لبعض المرضى الذين يفشلون في عملية الاسترخاء، أن من الضروري على المعالج التعرف إلى الأسباب والمتطلبات غير المتوافرة في الموقف لدى المريض، وربما يكون السبب هو وجود آخرين غير المعالج، وربما وجود الجنس الآخر، وفي هذه الحالة يكون التدريب على الاسترخاء لا فائدة منه. ومن المعالجين من يستخدم طرقاً لتفادي هذه الصعوبة، وإحدى هذه الطرق هي التخلي عن عملية التبلد الخيالي التصوري، والتحول إلى العلاج الحيوي الواقعي (Vivo Therapy). وفي مثل هذه الحالة يمكن الاستعانة باستجابة ما مضادة للقلق غير استجابة الاسترخاء. كما ويمكن للمعالج أن يستعين بالطرق الكيميائية، حيث يمكن من طريق استخدام العقاقير خفض

درجة القلق، هذا على الرغم من أن المشكلة هنا هي أن عملية الحصول على خفض درجة القلق من طريق العقاقير تؤدي إلى تقليل قدرة المريض على التعلم من خلال المواقف، وقد أكد فرانكس (Franks) عام ١٩٦٠ أن هناك دليلاً

ولبي يؤيد استعمال العقاقير، وكذلك ثاني أكسيد الكربون كطريقة لمعالجة الحالات الشديدة من القلق. وأما عن الفروق الفردية في العلاج فقد وجد ولبي أن مرضى الخوف من الأماكن المفتوحة أقل إفادة بالعلاج بهذه الطريقة من مرضى الخوف الأخرى. ماركس (Marx) وجيلدر (Gelder) عام ١٩٦٥. كما أن المرضى الذين يعانون من أعراض متعددة تكون فرص الشفاء لديهم أقل ممن يعانون من عرض واحد، وقد استخدم ولبي هذه الطريقة «الكفّ المتبادل» في علاج الشعور بالآثم وحالات الاكتئاب، والخوف من الجنس، ومن الحيوانات والاجتماعيات، وفي علاج العنة الجنسية والبرود الجنسي.

لقد ابتكر العالم لانغ (Lang) عام ١٩٦٩ جهازاً خاصاً للتحصين المنظم أطلق عليه الأطباء اسم جهاز «التخلص الآلي من الحساسية» أو جهاز التحصين الآلي التدريجي (Device For Automated Desensitization) ويرمز له بجهاز (D.A.D.). وفي هذا الجهاز شرائط يسجل عليها تعليمات الاسترخاء، ويليه عدد من فقرات الخوف - (مجمّعة سابقاً من المريض نفسه) - وعلى الجانب الآخر من الشريط معلومات وشرح وتفسيرات للمريض عن موضوع الخوف الذي يعاني منه، بالإضافة إلى تعليمات الاسترخاء. والمريض في هذه الحالة يجلس في حجرة مجاورة حيث يسمع شريط التسجيل من طريق سماعات الأذن، ويرى ما يعرض عليه من صور، ويتعامل المريض مع الجهاز من طريق أزرار مثبتة بالكرسي، مثلاً الزرّ الأيمن إذا ضغط عليه المريض كان ذلك إشارة إلى أن المريض في حانة استرخاء، والزرّ الأيسر مؤشراً إلى حالة القلق والتوتر والخوف. كما أن البيانات عن التغييرات الفسيولوجية للنض والتنفس كانت تُسجّل تماماً، فالمريض يسمع أولاً تعليمات الاسترخاء، ثم يرى المثيرات التي تثير الخوف، فإذا شعر بالتوتر أو القلق ضغط على الزرّ الأيسر فتتوقف العملية. يلي ذلك تعليمات الاسترخاء، ثم يُعرض الموقف مرة أخرى، حتى يتحقق الاسترخاء ويزول التوتر، وحتى يضغط

ملاحظة: عادة ما يبدأ المعالج بجلسات قصيرة تتراوح بين (١٥ - ٣٠) دقيقة، ثم يتدرج إلى جلسات أطول تتراوح بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة وحوالي جلستين في الأسبوع. وفي كل مقابلة تتم مناقشة أحداث المقابلة السابقة.



المريض على زرّ الاسترخاء. وهكذا ينتقل المريض وتحت إشراف المعالج إلى المثير الثاني في مدرج القلق. وتجرى العملية السابقة نفسها حتى يزول الخوف والتوتر من جميع المثيرات والمواقف المسببة لها.

ويمكن أيضاً استخدام أسلوب التحصين المنظم بسنن بمساعي مريضه ان يكون بناء مدرج القلق واحداً لدى أفراد الجماعة المرضى، كأن يكون الخوف عاقماً مثلاً، ويجب على المعالج مراعاة الحركة أو الانتقال على مدرج القلق، حيث تكون مناسبة لأبطأ أعضاء الجماعة استجابة. وقد استخدم لازاروس العلاج السلوكي بطريقة جماعية في علاج حالات الخوف المرضي من المرتفعات (Acrophobia)، والخوف من الأماكن المغلقة (Claustrophobia)، والمخاوف الجنسية (Genophobia)، والخوف من مخاطبة الجمهور (Oculophobia).... إلخ. وقد تمكن جوزف ولبي (1967) من علاج حالة خوف اجتماعي وبشكل جماعي، حيث قام بجمع مرضى الخوف بعد تدريبهم على الاسترخاء وتعريضهم للمواقف المقلقة بواسطة الآلة الصوتية وفق خطة متدرجة للوحدات المثيرة للخوف، فوَقَرِ بهذه الطريقة الكثير من الوقت والجهد. وفي هذه المخاوف يتخيل كل فرد أنه يتكلم مع شخص واحد، ثم مع شخصين، ثم مع ثلاثة أشخاص، ثم مع عدد أكبر، ومن طريق التكرار السلوكي، واللقاء الجماعي يتخلص المريض من مخاوفه. كما استخدم مكينولاس طريقة التحصين المنظم الذاتية باستخدام التسجيلات الصوتية، وإضافة دليل مكتوب فيه تعليمات للمريض، حيث ينفذ المريض جميع الخطوات المطلوبة، وقد يساعده المعالج في البداية في إعداد مدرج القلق، وتشير النتائج إلى أن هذه الطريقة لا تقل فاعلية عن العلاج الفردي، وفي تقدير مكينولاس أن العلاقة العلاجية الفردية ليست شرطاً ضرورياً.

وهناك ما يُسمى بالتحصين المنظم الاتصالي (Contact Desensitization) الذي أعدته ريتز (Ritter)، وهو يجمع بين التحصين المنظم في مواقف حيّة، وبين النمذجة، ويسمى أحياناً بالنمذجة (Modeling) المشاركة، وهذا الجمع يزيد من قوة التأثير، ويعتمد منهج ريتز على ملاحظة العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف. ويساعد النموذج العميل على الاقتراب من موضوع

الخوف، ثم يتوارى النموذج تدريجياً كلما اقترب العميل من موضوع الخوف، وهذه الطريقة تصلح في الحالات التي يمكن نمذجتها، مثل الطالبة التي تخاف من تشريح الحيوان. وقد استخدم ألبرت بندورا طريقة النمذجة

حي من جانب المعالج والمشاركة التدريجية من قبل المريض. وقد وجد بندورا أن حالة القلق والخوف تزول تدريجياً، وأن هذا الأسلوب ناجح في محاولة التخلص من الخوف من الحيوانات، وذلك إذا شاهد المريض (الخائف) المعالج أو الآخرين بشكل مباشر، أو من خلال فيلم يتضمن لعب الأفراد بالشعابين، وقد وجد بندورا أن نسبة النجاح عالية تتعدى نسبة 97٪ من الحالات.

وهناك أيضاً استخدامات شائعة للتحصين المنظم قام ولبي باستخدامها في علاج الاغتسال القهري للأيدي خوفاً من التلوث بالبول، وحالات التهتمة من طريق فك إشارات القلق بالمواقف الكلامية، ومعالجة بعض الحالات الجنسية، والمخاوف المدرسية، وقلق الكوارث، وقلق الامتحان. هذا وقد اقترح البعض من المعالجين ما يُسمى بتأكيد الذات السيمانتي (Semantic Desensitisation). وفي هذا الشكل من التحصين يُدرّب المريض على الاستجابة بكلمات إيجابية مقابلة لكلمات تنبيه معينة مثل عنكبوت - ثعبان - دماء - حريق... بقصد إزالة الكلمات التي ارتبطت بالمتبّه المستهدف المثير للقلق أو الخوف لدى الفرد. أخيراً يمكننا القول إن المعالجين السلوكيين استخدموا نموذجين من التحصين المنظم يكمل أحدهما الآخر وهما:

١ - النموذج الأول: هو التحصين المنظم الواقعي الذي يعرض فيه مواقف مثيرة مرتبطة بحياتنا اليومية الواقعية (Vivo).

٢ - النموذج الثاني: هو التحصين التصوري أو الخيالي، وكنا قد أشرنا إليه سابقاً (Imaginal). وفي النموذج الأول من التحصين تكون التمارين التي يجريها المعالج منظمة وتدور حول مشاهد وأموال واقعية. فمثلاً الخوف من المصاعد يُعالج من طريق التجربة الواقعية، والخوف من الحشد يُعالج من طريق وضع المريض في مواقف يكثر الحشد فيها أو يقل. أما في النموذج الثاني، يحاول

المعالج علاج المريض من طريق الاستعانة بالتصورات والخيالات المعينة حيث تستثار هذه التصورات في عقل المريض مع تخيل الموقف والمشاهد التي تثير الخوف عند المريض. ومن الواضح أن هناك صعوبات وفوائد، في الوقت نفسه

التحصين المنظم الخيالي يعطينا الكثير من الفوائد لأنه يسمح باختيار المواقف المثيرة للقلق الشديد وضبطها، وبصورة عملية يمكن للمعالج أن يوجد أو يزيل أي موقف يريده مع قليل من الصعوبة إذا استطاع المريض تخيل الموقف بقدر كاف، وفي هذه النقطة تكمن عقبة خفية، لأن المريض قد ينقص من القدر المطلوب من تصور الموقف، أو لا يستطيع تخيل الموقف تماماً أو يجده بعيداً عن الواقع ولا يؤدي إلى النوع نفسه من القلق كما لو كان حقيقياً.

وفي النموذج الثاني يكون المريض في حالة استرخاء وإغماض للعينين، ويفضل بعض المعالجين البدء بتخيل موقف سارّ وحيث يأخذ هذا الموقف درجة صفر على مدرج القلق، ثم يطلب من المريض تخيل الموقف أو المشهد التالي المزعج، وأن يشير بسبابته أنه تمّ تخيله بوضوح تام، ويبقى المريض مع المشهد حوالي عشر ثوان (تقدّر بين المريض والمعالج قبل العلاج)، وبعد ذلك يوقف تخيله للمشهد، ويتخيل عوضاً عن ذلك موقفاً سارّاً آخر أو الموقف السارّ السابق نفسه الذي تدرّب عليه المريض في البداية، ويكون ذلك لمدة نصف دقيقة أو أقلّ قليلاً، وبعد هذه الفترة يعود المريض إلى تخيل الموقف السابق (المزعج) ثم يقطع التخيل ويعود إلى المشهد السارّ. وهكذا يتمّ التناوب بين التعريض (Exposure) وعسلية الاسترخاء، وتخيل المنظر السارّ، ثم العودة إلى الموقف المزعج، وحتى ينخفض مستوى الخوف والقلق إلى الدرجة (صفر)، وحيث إذا تخيل المريض أو شاهد الموقف الأصلي المثير للقلق لم يعد يشعر بالخوف أو التوتر، ثم ينتقل المعالج إلى الموقف الثاني الذي يلي الموقف الأول من حيث الشدة ويتمّ التعامل معه بالطريقة نفسها، وهذا يتطلب جلسات علاجية عدة بمتوسط ٢٥ دقيقة وسطياً للجلسة الواحدة. وقد يستمر العلاج لمدة أسبوع أو أكثر.

ويمكن للمعالج استخدام بعض أجهزة التغذية الراجعة الحيوية مثل جهاز (GSR) وذلك للتأكد من زوال الاستجابة التخوفية، أو لإعطاء المريض تغذية راجعة عن حالته... وجوزف ولبي يفضل تدعيم عملية إطفاء القلق بواسطة

لمواقف حياتية (Vivo). والخبرة السريرية للدكتور محمد الحجار في هذا المجال تفيد أن في إمكان المعالج أن يقوم بحوالي (٣ - ٤) تعريضات، أو تخيلات للمشهد الواحد (ولكن ذلك لا يمنع من تكرار تعريض المريض للمشهد عشرات المرات) ومدة كل تعريض حوالي (٥ - ٨) ثوان، وتختلف هذه المدة حسب الظروف، وحالة المريض. فهناك مريض كان يخاف الموت احتاج إلى ٢٠٠ مرة تعريض لإزالة التحسس، وكان عدد الجلسات حوالي اثنتين أسبوعياً، وفي حالات أخرى كانت تعقد الجلسات يومياً. ويرى الدكتور الزراد أن مدرج القلق يختلف من حالة لأخرى، وأن هذا المدرج يُحدّد بالتعاون مع المريض والمعالج معاً، كما تُحدّد شدة الموقف من طريق تخيل المريض الموقف ومعرفة درجة خوفه. الدرجة صفر تشير (كما أشرنا سابقاً) إلى الموقف الحيادي السارّ، يأتي بعد الصفر المثير الأول أو المشهد الأول المثير للخوف والقلق ويعطى درجة ١٠٪ وهكذا حتى يصل المعالج إلى درجة شدة ١٠٠٪ والأمثلة التالية توضح ذلك:

أ - مريض يخاف من دخول المستشفى ومن العمليات الجراحية، وقام المعالج بوضع مدرج القلق التالي:

- ١ - الموقف الحيادي السارّ الذي يتصوره المريض. يعطى درجة صفر
- ٢ - تخيل سيارة إسعاف. درجة (١٠٪)
- ٣ - تخيل سيارة إسعاف في الطريق تسير نحو المستشفى. درجة (٢٠٪)
- ٤ - تخيل سيارة إسعاف تصل إلى المستشفى. درجة (٣٠٪)
- ٥ - تخيل بناء المستشفى الداخلي والخارجي. درجة (٤٠٪)
- ٦ - تخيل بهو المستشفى المؤدي إلى غرفة العمليات. درجة (٥٠٪)
- ٧ - تخيل مريض على سرير بانتظار إجراء العملية. درجة (٦٠٪)

❖ حالات من العيادة النفسية السلوكية.

- الحالة الأولى: حالة خوف مرضي من الموتى والجثث.

- الحالة الثانية: حالة وسواس قهري للنظافة والخوف من التلوث.

- الحالة الثالثة: حالة خوف مرضي من المناطق المغلقة.

٨ - تخيّل مريض محمول على حمالة

درجة (٧٠٪)

في الطريق إلى غرفة العمليات.

درجة (٨٠٪)

٩ - تخيّل مريض داخل غرفة العمليات.

١٠ - تخيّل مريض يُؤمّن الختان والبا

درجة (٩٠٪)

بالعملية الجراحية.

درجة (١٠٠٪)

١١ - تخيّل إجراء العملية الجراحية.

ب - مريض يخاف من اضطراب نظم القلب:

١ - تخيّل منظر سار لدى المريض.

٢ - ألم في اليد اليسرى.

٣ - رجفة في اليدين.

٤ - ضيق تنفس عند القيام بجهد.

٥ - خدر حسّي في أصابع اليد.

٦ - طنين في الأذن.

٧ - آلام في الرأس.

٨ - آلام في الظهر والكتف اليسرى.

٩ - آلام في الصدر.

١٠ - الإحساس بالإنهيار والإعياء المفاجئ.

١١ - اضطراب نظم القلب.

يعطى درجة صفر

درجة (١٠٪)

درجة (٢٠٪)

درجة (٣٠٪)

درجة (٤٠٪)

درجة (٥٠٪)

درجة (٦٠٪)

درجة (٧٠٪)

درجة (٨٠٪)

درجة (٩٠٪)

درجة (١٠٠٪)

## حالات من العيادة النفسية السلوكية<sup>(١)</sup> (التدريب على لاسترخاء والتحصين المنظم):

### الحالة الأولى: حالة خوف مرضي من الجثث والموتى:

المرضى (X) - ذكر - عمره (٢٨) عاماً - رقم الملف الطبي (١٩٨٨) V 198 - حوّل بتاريخ (١٢/١١/١٩٩٩م) إلى العيادة الخارجية في مستشفى الطب النفسي، وذلك من طريق عيادة خاصة، وبسبب أعراض حالة خوف مرضي وقلق من مشاهد الموتى أو الجثث، وهذا الخوف المرضي ترك أثره السلبي على حياة المريض الشخصية والأسرية والمهنية والاجتماعية والصحية...، وكان المريض تتبادر أعراض ذعر وخوف شديد (Panic Attack) مع ارتعاشات، وتسارع في ضربات القلب، وقصور في التنفس، والإحساس بالإعياء والدوار، والتعرق، وخدر الأطراف، وآلام في الصدر، وقشعريرة، وإحساس بفقدان التوازن، وكذلك اضطراب في النوم وفقدان الشهية للطعام... وبإثره من محاولات المريض المتكررة إخفاء هذه الأعراض والأحساس قدر الإمكان إلا أن بعض أفراد أسرته وبعض الأصدقاء المقربين لاحظوا وجود هذه الأعراض التي تكررت في مواقف مدلفعة، ودون وجود مبرر منطقي لها، وهذا ما دفع المريض إلى البحث عن علاج وصرامة بعد أن تكررت غيابه عن العمل، وبدأت أعراض الحزن والاكتئاب تظهر عليه. ومن خلال دراسة تاريخ حالة المريض تبين للاختصاصي أن هذه الأعراض بدأت في المريض منذ ثلاث سنوات، ولا يدري المريض سبباً لذلك. المريض غير متزوج، مستواه التعليمي الشهادة الابتدائية، الأب متوفى منذ أن كان المريض في الخامسة عشرة من عمره، يعيش مع والدته وأشقائه الثمانية (ثلاثة ذكور وخمس إناث) ترتيبه الأول.

(١) أشرف على تشخيص وعلاج ومتابعة هذه الحالات الدكتور فيصل محمد خير.

بين إخوته، المريض كان يعمل في وزارة الدفاع ثم ترك العمل منذ سنتين، ليست لديه أي هوايات مميزة، كَحُل المريض محدود، لا يوجد بين أفراد أسرته أي مريض نفسي أو عقلي. المريض أثناء المقابلة كان من النوع المتعاون، الخجول، مظهره

المريض نفسه مع بعض التقارير النفسية والطبية السابقة من العيادات الخاصة، المريض لم يوافق على الاتصال بأحد أفراد أسرته أو أحد الأصدقاء وأصرَّ على ألا يعلم أحد بقدمه إلى مستشفى الأمراض النفسية، (Social Stigma)).

المريض في الثامنة عشرة، أجريت له عملية الزائدة الدودية، كما أنه عانى في طفولته من الربو، وهو لم يتعاط الكحول أو المخدرات، إلا أنه يكثر من التدخين، وكان المريض قد تردَّد على العديد من العيادات الباطنية والنفسية الخاصة لمعرفة سبب هذا الخوف المرضي وحالة الحزن والاكتئاب التي كانت تتناوبه، وشُخصت حالة المريض على أنها اضطراب قلق (Anxiety Disorder) يصحبه أعراض اكتئاب، ووصفت له (في العيادات الخاصة) الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب مثل (Tranxene Prozac - Xanax - Faverin - Efexor). ويذكر المريض أن حالته تحسنت جزئياً إلا أنه أصبح يشكو من كثرة النوم وعدم القدرة على التركيز والإحساس بالإعياء، وضعف الحيوية الجنسية لديه... مما جعله يتوقف عن تناول الدواء دون استشارة الطبيب وهذا ما أدى إلى الانتكاس وعودة الأعراض من جديد. وهنا أشار إليه البعض بالذهاب إلى العلاج لدى رجال الدين (المطوعين)، ولم تكن هناك فائدة مرجوة من طريق العلاج بواسطة المطوعين. وأنفق المريض الكثير من المال والوقت دون فائدة مما جعله يستفسر عن حالته لدى الأطباء الباطنيين وأطباء الأعصاب في العيادات الخاصة الذين قاموا بدورهم بتحويله إلى مستشفى الطب النفسي.

المريض يمارس العادة السرية، وتعرض خلال طفولته ومراهقته إلى بعض الاعتداءات الجنسية، مزاجه أثناء المقابلة كان أكثر ميلاً إلى الاكتئاب، وجدانه يشير إلى حيرة وارتياب، توجد لديه أفكار الإحساس بالذنب، وأحاسيس بالضعف والدونية، الوعي لديه عادي ولا توجد عنده هلوسات، لديه القدرة على التوجه في لزمان والمكان ومعرفة الأفراد، الذاكرة عادية، القدرات العقلية (IQ) في حدود لعادي (دون المتوسط)، الانتباه والتركيز يشيران إلى وجود انشغال وتشتت لديه.

المريض مستبصر جزئياً بأبعاد حالته، وهو يعلم أن خوفه المرضي من الموتى وحالة القلق والغزغز غير منطقية. وعندما طلب منه الاختصاصي أن يعطي نفسه درجة مقياس للقلق والتوتر مكوّن من خمس نقاط عند مشاهدته لجثة إنسان ميت أو امرأته، ذاتاً أو غيرها، قال: "أنا لست أعطي نفسي درجة".

(٤)، كما أعطى نفسه درجة (٣) عندما يتخيّل وجود جثة ميت أمامه. المريض لا يعاني من وساوس قهرية، كما أنه لا يعاني من أعراض ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، عدا أنه يذكر عندما كان في عمر التاسعة تقريباً شاهد جده لأبيه وهو يحتضر إلى أن مات وكان المريض على علاقة جيدة بجده (إن الخوف المرضي من الموتى لدى المريض من وجهة نظر جماعة التحليل النفسي هو فعلياً ليس بسبب مشاهدة جثث الموتى بقدر ما هو خوف مكبوت لدى المريض من أن يموت هو...).

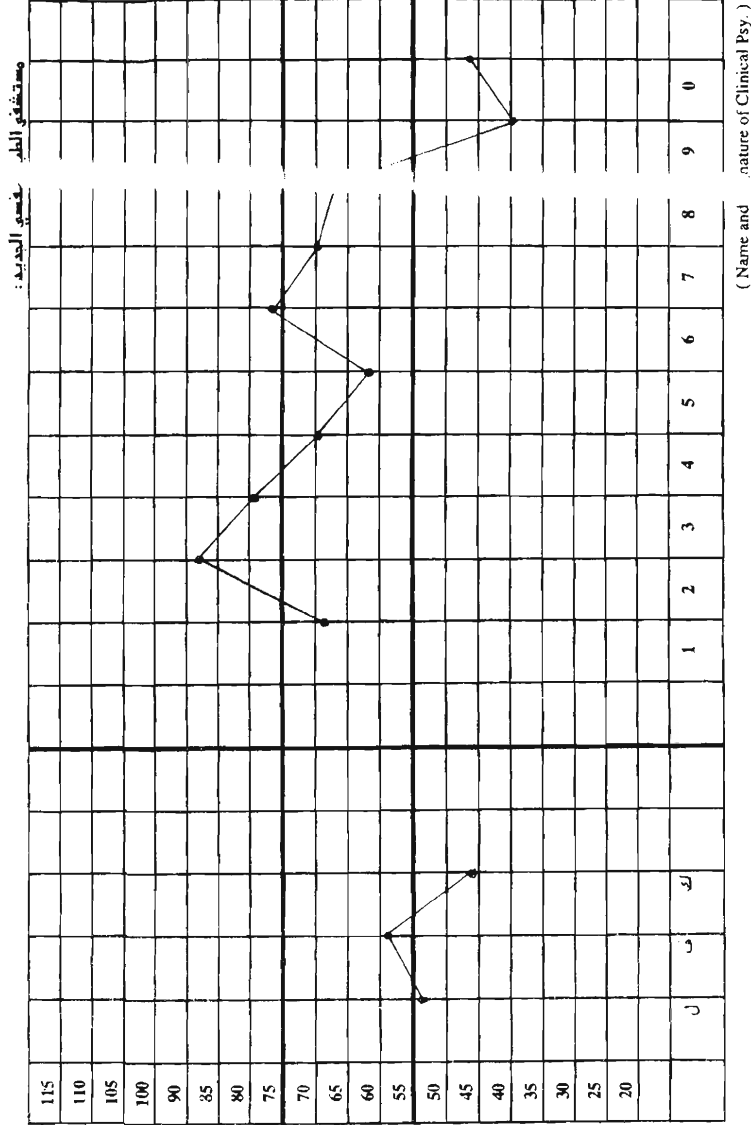
ومن أجل استبعاد وجود أي اضطراب ذهاني أو عقلي لدى المريض، ومن أجل تشخيص حالة المريض، وكذلك لمعرفة مدى التحسن الذي يطرأ على المريض في ما بعد العلاج، قام الاختصاصي النفسي بتطبيق اختبار القلق (حالة القلق وسمته) لأمينة كاظم (١٩٨٥) (STAI)، ونال المريض درجة (٢٣) في حالة القلق (State Anxiety)، كما نال درجة (٣٨) في سمة القلق (Trait Anxiety)، وهي درجات تشير إلى ارتفاع درجة القلق لدى المريض وطبق الاختصاصي أيضاً اختبار مينيسوتا للشخصية متعددة الأوجه (MMPI) على مراحل، ونال المريض في هذا الاختبار الدرجات التالية:

#### ١ مقاييس الصدق:

الرمز	ل	ف	ك
	L	F	K
الدرجة	49	53	41

إن نسق مقاييس الصدق هو النسق الأول الذي يشير إلى أن المريض يعاني من ضغوط وصراعات نفسية، وعدم القدرة على ضبط انفعالاته، مع وجود لا توافق

بطاقة التخطيط السيكولوجي في اختبار M.M.P.I.



(Name and nature of Clinical Psy.)

الدرجات القياسية

البيانات	الدرجة القياسية
عميق (أ) (ب) (ج)	5
مقياس الكذب	1
مقياس الحزن	2
مقياس الرهبة	3
توم العرض (أ) (ب) (ج)	4
الاجتهاد (أ) (ب) (ج)	5
الانسحاب (أ) (ب) (ج)	6
الانسحاب الاجتماعي (أ) (ب) (ج)	7
الانسحاب الاجتماعي (أ) (ب) (ج)	8
الانسحاب الاجتماعي (أ) (ب) (ج)	9
الانسحاب الاجتماعي (أ) (ب) (ج)	10

مزمن، المريض يتجنب المشاعر أو المشكلات غير المقبولة اجتماعياً، وهو يرغب في تقديم المساعدة، ويتقبل العلاج النفسي والسلوكي.

٣ درجات المقاييس السريرية في اختبار (MMPI):

المقياس	نوع	اكتئاب	هستيريا	سيكوبات	ذكورة	بارانويا	سيكوباتيا	فصام	هوس	انطواء	ملاحظات
الرمز	Hs	D	Hy	PD	MF	Pa	DT	Sc	Ma	Sie	
الرقم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
الدرجة	63	83	75	65	57	71	65	62	35	41	

(MMPI) (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

٣ نمط المثلث العصابي:

تبين من هذا النمط أن المريض له تاريخ عصابي مزمن، وقد تصدر عنه شكاوى جسدية متعددة، مع أعراض قلق وتوتر وشكوك ذاتية، وهو مريض من النوع الاعتمادي، ينقصه النضج والخبرة.

٤ فئة الصفحة النفسية:

٥٣ : ٤١ ٤٩ × ٠ ٩ - ٥ ٨ ١ ٧ ٤ ٦ ٣ ٤ ٢

٥ الانطباع العام (خلاصة التشخيص المبدئي بواسطة القياس النفسي):

المريض يعاني من حالة اكتئاب تفاعلي عصابي (غير ذهاني) تصحبه حالة قلق ومخاوف.

ملاحظة: إن اختبار مينسوتا للشخصية متعددة الأوجه يشمل على مجموعة من الفقرات التي تتناول أوجهاً متعددة من السلوك السوي وغير السوي، واستمدت هذه الفقرات من مراجع الطب النفسي ومن الخبرة السريرية حول اضطرابات الشخصية. والاختبار يقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة في شخصية المريض، وتمثل هذه الجوانب في درجات المقاييس المختلفة التي يتكون منها الاختبار والتي يمكن رسمها بشكل صفحة نفسية تعكس كلها صورة موضوعية عن أبعاد شخصية المريض، وقد وجد أن بعض الاختصاصيين يعتمدون إلى تجزئة هذه المقاييس الفرعية،

## المقابلات التي أجراها الاختصاصي مع المريض:

بعد عملية تشخيص حالة المريض قام الاختصاصي النفسي بوضع خطة لعملية العلاج. ولإفادة المريض على الاختصاصي، أورد المشكك التالي بعض النقاط (علاج استبصاري - تدعيمي)، وتم ذلك بالتعاون مع المريض وفي ضوء البيانات

وجعل المريض لا يجيب عن كافة أسئلة الاختبار، وفي هذا خطأ كبير يتعارض مع تعليمات الاختبار، ويسبب لغطاً في تفسير الصفحة النفسية وفي تشخيص حالة المريض، حيث ثبت أن الدرجة التي يحصل عليها المنحوص في مقياس فرعي واحد من المقاييس المتعددة التي يتكون منها الاختبار تقل كثيراً في موضوعيتها وقيمتها التشخيصية عن النمط التشخيصي الذي يعتمد على تحليل المقاييس السريرية كلها ومقاييس الصدق مجتمعة (دليل الاختبار صفحة رقم ١٢ - و صفحة رقم ٢٣)، ولأن التشخيص الطبي النفسي للاضطراب أو للمرض النفسي أو العقلي (الذهاني) يؤكد لنا بأن معظم الحالات المرضية تكون خليطاً من الأعراض التي تتفق أو تتعارض، فالإكتئاب مثلاً قد يصحبه هوس خفيف، وإصابات الدماغ قد يصحبها اندفاعية تشبه حالات الهوس، وعملية تحليل الصفحة النفسية تعتبر من العمليات الضرورية التي تزيد من وعي الاختصاصي الذي يجب أن تتوفر لديه بيانات عن المريض وعن أعراضه الشخصية حتى يتمكن من التشخيص الصحيح، ويرى المهتمون باختبار مينيسوتا للشخصية بأن الاختصاصي الناجح عليه أن يدخل في اعتباره نمط مقاييس الصدق لارتباطها بشخصية المريض، كما أن عليه أن ينتبه إلا أن الدلالة السريرية على كل مقياس فرعي تختلف عن الدلالة السريرية للصفحة النفسية ككل، ولأن الدراسات العلمية أكدت على أن الشكل الكلي للصفحة النفسية، والنظر في المقاييس الفرعية كلها له دلالة أكبر من دلالة الدرجة على مقياس واحد، لهذا على الاختصاصي أن يقوم بتحليل الدرجات المرتفعة والدرجات المنخفضة في المقاييس كلها عوضاً عن الاعتماد على الدرجة المطلقة لأي مقياس بمفرده. وقد ثبت أن الدرجات العالية في المقاييس المفردة لا تشير إلى الدلالة التشخيصية من الدرجات المنخفضة. فقد يكون للدرجات المنخفضة دلالتها التشخيصية أيضاً، مثلاً في حالات عصاب القلق تكون درجات هذه الحالات أعلى من المصابين بعصاب الوسواس القهري، كما أن العصبيين تكون درجاتهم منخفضة في حالات الفصام (دليل الاختبار صفحة ١٣٦ - ١٣٧)، وقد وجدت حالات إكتئاب لدى مرضى شخصت حالتهم بأنها فصام، ولأن معظم مرضى الفصام يعانون من إكتئاب وقد تكون درجة الإكتئاب أعلى من درجة الفصام، وقد يحصل مريض شخصت حالته على أنها فصام بارانويا على درجة ثانية مرتفعة على مقياس البارانويا، بينما الخبرة السريرية ترى بأن مريض البارانويا قد يحصل على درجة مرتفعة أو منخفضة جداً على مقياس البارانويا، (بينما الحالات العادية يحصلون على درجات ثانية متوسطة)، وكذلك فإن ارتفاع الدرجة الثانية على مقياس الهوس قد يختلف في معناه في صفحة نفسية تكون فيها الدرجة الثانية في مقياس السيكوباتية، والدرجة الثانية في مقياس البارانويا والدرجة الثانية في الفصام متقاربة، وقد وجدت علاقة سلبية بين السيكوباتية والهوس، وبين التوهم والإكتئاب، أي ارتفاع الواحدة منها يصاحبه في الغالب خفض في المقياس الآخر.

حول مشكلته، وسُئل المريض عن تفسيره (أو وجهة نظره) لأسباب مشكلته ولماذا يخاف من الموتى والجثث، وهل يرى أنه أمرٌ طبيعي...؟

**المريض -** إنني لا أعرف سبباً واضحاً لمشكلتي، ولكن ربما الظروف الصعبة التي سببت بي منذ صغري، وانسداد مساري في الحياة، إنسان قَدَّر لي في الحياة أن أكون هكذا.

(وبدا للمعالج أن المريض كان يسقط أسباب مشكلته على الآخرين والبيئة الخارجية، ولا يرى في نفسه سبباً لحالته (مركز الضبط خارجياً (Locous of Control))، وسأل المعالج المريض عن تقييمه لذاته ومفهومه عن هذه الذات (Self Concept) مع الإشارة إلى النقاط الإيجابية والنقاط السلبية في هذه الذات، وفي ما إذا كان المريض يشعر بمرضه ويرى أنه يستحق العلاج وهنا أجاب المريض، أشعر بأنني أقل من الآخرين، وأن ظروف الحياة ليست على ما يرام، وإنني أخاف من المسؤولية، ومن ملاحظات الآخرين وانتقاداتهم التي تجرح مشاعري، إنني مريض وبحاجة إلى علاج).

**الاختصاصي -** من أي شيء تريد العلاج؟

**المريض -** من حالة الخوف من الجثث والأموات، والتوتر العام الذي يتتابني.

**الاختصاصي -** هل تخاف على نفسك من الموت؟

**المريض -** لا، الموت قدر على كل إنسان، ولكنني أخاف من مشاهدة حالة الموت (دفاع نفسي).

**الاختصاصي -** هل ترى أن حالة الخوف هذه هي حالة عادية أي أنها حادثة منطقية ومقبولة اجتماعياً وتوجد لدى الناس وأنشباب كنهم أمثالك؟

**المريض -** طبعاً لا.

**الاختصاصي -** إذا المشكلة غير منطقية ولا مبرر لها ولا توجد لدى كافة الناس والشباب وإنما هي موجودة لديك فقط، ولو وجدت هذه

المشكلة (الخوف المرضي من الجثث ومن الأموات) لدى الأفراد والشباب كلهم فكانت هناك مشكلات أو كوارث تؤثر في مجرى حياة هؤلاء الأفراد، ولكن المنطق والواقع يرينا عكس ذلك..

الأطفال والنساء لا يخافون من الموتى أو من الجثث كما أخاف أنا، ولا أدري ما هو السبب!

الاختصاصي - حسناً، إذا كانت هذه الأعراض أو المخاوف ليست منتشرة لدى كل الناس، فما هو سبب هذه المخاوف يا ترى؟

المرضى - (بدأ يفكر ملياً ثم أجاب) إنني أعتقد أن الخطأ مني، ومن تفكيري ونفسي المضطربة...

الاختصاصي - إذاً المشكلة التي تعاني منها نابعة منك، ومن حالتك النفسية، وبعض تصوراتك العقلية غير المنطقية عن حالات الموت، هل هذا صحيح؟

المرضى - نعم أعتقد ذلك.

الاختصاصي - لاحظ عندما سألتك بالسابق عن سبب مخاوفك قلت إنك لا تعرف السبب تماماً، وقلت أيضاً ربما الظروف الصعبة التي مررت بها في طفولتك وتشدد أسرتك، هي السبب في ذلك، والآن توافق على أن سبب المشكلة نابع منك وليس من الآخرين، وأجدك الآن قد غيرت رأيك نحو الأفضل.

المرضى - نعم إنني أشعر بذلك.

الاختصاصي - هل أنت مقتنع بذلك ودون مجاملة أو تسرع في الإجابة؟

المرضى - نعم إنني مقتنع بذلك، وبدأت أسأل نفسي لماذا هذا الخوف غير المنطقي! ولماذا الأفراد في المجتمع لا يخافون مما أخاف منه ويعتبرون ذلك أمراً عادياً لا يتطلب الخوف أو الفرع أو التوتر!

الاختصاصي - الآن أصبحت تفكر بشكل منطقي وصحيح، وهذا بفضل تعاونك وجهدك الكبيرين، لقد صححت بعض أفكارك الخاطئة عن مشكلتك، وبدأت تفسر المشكلة التي تعاني منها بشكل صحيح، لقد

ميّزت بين الصح والخطأ، وعليك أن تحافظ على كل ما هو صحيح وتتخلص من الخطأ الذي يسبب المشكلات للإنسان ويعوق تفكيره عن تفسير الأمور بشكل صحيح، لقد تعلمت الآن أشياء علمية

تعاني منها، وأريدك في نهاية هذه الجلسة وفي ضوء هذا التعلم الجديد أن تحدث نفسك (Self Talking) بما يلي:

١ - أنا الذي سببت الخوف والقلق من الموتى لنفسي، وبسبب أفكار الخاطئة التي تخلت عنها.

٢ - أنا الذي أزعجت نفسي وليس الآخرون أو البيئة من حولي.

٣ - بإمكانني المساهمة في علاج حالتي.

٤ - لا بد من توفر الإرادة والعزيمة والصبر والعقلانية لعلاج مشكلتي.

إن هذه النتيجة التي انتهينا إليها هي خطوة إيجابية في طريق العلاج، هل لديك أي سؤال أو استفسار قبل نهاية الجلسة؟

المرضى - لا.

وبعد ذلك اتفق المعالج والمرضى على موعد الجلسة التالية، وودّع المريض حتى باب العيادة. وفي المقابلة التالية مع المريض الذي حضر في الوقت المحدد، بدا للمعالج أنه أكثر حيوية وراحة نفسية مما كان عليه في السابق. وبدأ الاختصاصي حديثه معه بتذكيره بنتائج الجلسة السابقة، ومعرفة في ما إذا كان المريض قد التزم بتعليمات الاختصاصي أم لا، وتبين أن المريض التزم بالتعليمات التي أعطيت له من قبل الاختصاصي، كما أنه اعترف بأنه ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث مشكلته. وقام المعالج بتعزيز هذه الأفكار الإيجابية للمريض ووضح له بأن الاعتراف بالحقيقة فضيلة ومؤشر على الصحة النفسية لدى الفرد، وأن عدم فهم الإنسان لذاته ولقدراته... مثل عقبة في علاج حالته، أو التخلص من معاناته، وهذه من أهم الأسباب وراء



الحالة النفسية التي يعاني منها الأفراد، والله عز وجل يقول: ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ﴾ صدق الله العظيم، إذاً لا بد من التعاون والإرادة لمواجهة المشكلات التي نعاني منها.

بموجبها لأنها مفيدة في مواجهة مشكلاتنا، وبناء علاقاتنا وغير ذلك. وهذه المقولة تعتمد على فكرة أن الإنسان لا يستطيع فعل الكثير نحو المسببات الخارجية أو البيئة المؤدية لإزعاجنا، ولكن بإمكان الإنسان أن يعدل أو يغيّر من ذاته، ومن أفكاره، ومشاعره، أو سلوكياته وبالانتجاه الصحيح، أليس هذا صحيحاً؟

- المريض نعم، إنني أشعر أن هذا صحيح ومقنع.

- الاختصاصي - إننا سنتعاون معاً في وضع خطة لعلاج حالتك وتحديد دورك في عملية العلاج.

لقد ذكرت لي سابقاً أنك تشعر بالضعف والإحباط، وغير راض عن نفسك،... هل تعلم أن مثل هذه المشاعر أو الأفكار السلبية تعمل على تثبيط العزيمة والإرادة وتحدّ من قدرة الإنسان على الاستبصار وعلى التحسن والشفاء، ومثل هذه المشاعر والأفكار هي التي تجعل الإنسان يسقط مشكلاته على الآخرين وتجعله يزداد خوفاً واضطراباً.

- المريض نعم، أشعر بأن قدراتي وإرادتي مثبّطة، وأشعر بأنني إنسان فاشل ضعيف لا أستطيع عمل شيء في مواجهة مشكلتي.

- الاختصاصي - يمكنك التخلّص من هذه المشاعر والأحاسيس السلبية وأن تعمل على تحرير قدراتك وإرادتك... عن طريق تجريد أفكارك الخاطئة من قوتها، وتصبح غير مبالٍ بها وإبعادها إرادياً عن ساحة تفكيرها، وبمعنى آخر عليك أن تحترم ذاتك وتستفيد من قدراتك ومما لا شك فيه بأن المحاولات الأولى قد تكون صعبة وتتطلب الصبر والإرادة والتحمّل، ومن هنا نفهم كيف أن المريض عليه أن يسهم في علاج حالته وتصحيح سلوكياته، وعلى الاختصاصي

النفسي أن يساعده في ذلك، والطبيب النفسي الذي يصف الدواء يساهم أيضاً في عملية العلاج والتعاون بين هذه الأطراف الثلاثة. (المريض والدواء وإرشادات الاختصاصي النفسي) هي التي تحقق التحسن والشفاء ودون ذلك يكون العلاج قاصداً.

- المريض حسناً، سألتزم بتناول الدواء كما أنني على استعداد لتعاون وبدء الجهد والالتزام بتعليمات الاختصاصي النفسي من أجل تحقيق العلاج.

- الاختصاصي - إن دورك في العلاج مهم جداً، لقد فهمت أبعاد المشكلة التي تعاني منها وأصبح لديك استبصار عن ذلك، وما عليك إلا التخلّص من جميع الأفكار الخاطئة التي تعزّز سلوك الخوف لديك، وأن تزيد من ثقتك بنفسك، وتحسّن من مشاعرك الإيجابية، وأنت لديك القدرة والإرادة والذكاء على فعل ذلك (تدعيم). ولا تنس بأن التخلّص من هذه المشاعر السلبية يؤدي إلى تحرير قدراتك المشلولة. هذه القدرات التي سنعتمد عليها في عملية العلاج (الإرادة، والتصميم والعزيمة، والصبر والتحمل والرغبة في التغيير والتعديل وغير ذلك من قدرات)، لقد ذكرت لي عند قدومك لأول مرة إلى المستشفى أنك كنت متردداً من أجل الذهاب إلى مستشفى الطب النفسي وكنت خائفاً وخجولاً من ذلك... أليس كذلك؟

- المريض نعم أذكر ذلك، لقد كنت أشعر بالخوف والحرج ومتردداً في ذلك. أما الآن وبعد الجلسة الثالثة لم أعد كذلك.

- الاختصاصي - هل تعلم أن الإنسان الذي يحضر للعيادة النفسية من أجل علاج حالته أو مواجهة مشكلته التي يعاني منها هو إنسان سليم عقلياً، وواعٍ صحياً، وهذا هو معيار الصحة النفسية للإنسان في العالم. إن كبار الشخصيات العالمية والمشاهير يأتون إلى العيادة النفسية للعلاج ودون خوف أو حرج، وفي هذا المستشفى العديد من الدكاترين، وطلبة الجامعة، والموظفين، والمسؤولين يأتون للعلاج النفسي، ولا يوجد إنسان بدون مشكلات، لذلك فإن حضورك

للمستشفى للعلاج هو تأكيد لذاتك، ودليل وجود إرادة ووعي صحي لمواجهة الإحساس بالوصمة الاجتماعية (Social Stigma) لهذا كنت متردداً، وتخاف أن يراك الناس تدخل مستشفى

المريض - صحيح، هذا ما كنت أشعر به، وما يدور في فكري...

الاختصاصي - حدّثني بصدق هل تشعر الآن بوصمة اجتماعية بسبب قدومك للعلاج النفسي؟ وإلى أي حدّ، وبعد أن حضرت بعض الجلسات أو المقابلات في العيادة النفسية.

المريض - طبعاً الفارق كبير، وخاصة أنني شاهدت مرضى عاديين (وليسوا مجانيين كما كنت أتوقع) يأتون للمشورة أو للعلاج وبدون حرج وبكل بساطة وشاهدت سيدات وبنات يأتين لنفس الغرض.

الاختصاصي - حسناً، تذكر تعليماتي السابقة لك، وتذكّر دائماً أن على الإنسان أن يغيّر نفسه نحو الأفضل، وأن لا يفرط في تخطئة ذاته، وعليك أن تنظر إلى الخطأ على أنه خبرة مفيدة لكل إنسان، إن الفرق بين الإنسان الجاهل والإنسان الواعي ليس بارتكاب الخطأ (فكل ابن آدم خطأ) ولكن في كيفية الاستفادة من هذا الخطأ. لقد تعلمت كيف تتخلّص من تفكيرك السلبي نحو ذاتك هذا التفكير المثبّط للإرادة والعائق عن الشفاء أو التحسّن.

ولا تنسَ أن الإنسان يحصد ما يتصوره عن ذاته من أفكار وانطباعات، لقد قلت لي عندما سألتك عن نفسك: «أنا إنسان ضعيف، وغير محبوب، وفاشل وسيء... إلخ» والواقع أنك تبالغ كثيراً في وصفك لنفسك بالسوء، وعليك (وهذا جزء من دورك في عملية العلاج) ألا تجعل هذه التصورات السلبية تسيطر عليك، وعليك أن توقف هذه الإيحاءات السلبية عن ذاتك، وأن تبحث عن التفسير الصحيح وألا تشوّه هذا التفسير بأحكام سريعة طائشة تثبّط الذات وتضعف الدافعية والإرادة (عملية تحريك لإرادة المريض ودافعيته)، وهذا سيفيدك في علاج مشكلتك الحالية بل في مواجهة

جميع مواقف الحياة الصعبة التي تمرّ بها، إنها تعليمات وعادات تسهم في نجاح الإنسان في الحياة، هل أنت مقتنع بذلك؟ وهل تشعر بالراحة النفسية لأنك تعلمت شيئاً جديداً عن نفسك...؟

المريض - نعم، بدأت أشعر بالتحسن.

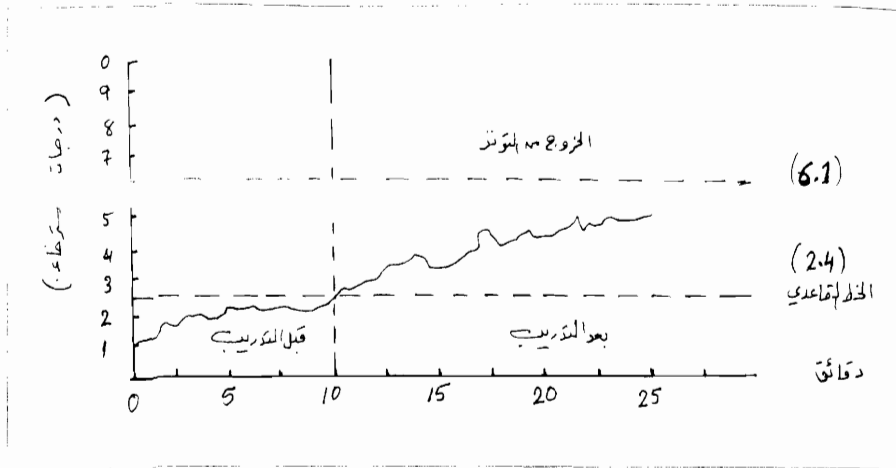
الاختصاصي - حسناً إن الخطوة التالية في العلاج ستكون التدريب على الاسترخاء (Relaxation Training).

وهنا قام المعالج بتقديم بعض الشروحات عن فوائد الاسترخاء في مواقف الخوف والتوتر وفي إعادة التوازن العضوي الوظيفي والنفسي لدى الفرد. وأن الاسترخاء يعتبر من الطرق المفيدة في علاج مثل هذه الحالات.

تمّ الاتفاق مع المريض على إجراء ست جلسات تدريبية داخل المستشفى، في حدود جلستين أسبوعياً ومدة كل جلسة حوالي ٤٥ دقيقة، بالإضافة إلى تدريبات منزلية في حدود (٢ - ٣) تدريب يومياً مدة كل تدريب وسطياً (٢٠ - ٢٥) دقيقة (تدريب ذاتي)، وروّود المريض بشريط كاسيت مسجل عليه تعليمات الاسترخاء لاستخدامه في المنزل، كما دُرّب على استخدام جهاز التغذية الراجعة الحيوية (GSR) وذلك من أجل معرفة التغيرات التي تطرأ على جسمه قبل عملية التدريب على الاسترخاء وبعدها، وقام المريض بتجريب هذا الجهاز على أصابعه، هذا ودُرّب في غرفة خاصة وباستخدام كرسي خاص للاسترخاء (انظر الشكل صفحة (١٥٩)) إذ استخدم الاختصاصي المعالج طريقة مختصرة وفعالة في التدريب على الاسترخاء هي طريقة التخيل الموجه (Guided Imagery) وطريقة توليد الأفكار (Autogenic) لفولر، وشولتز، كما قام قبل البدء بعملية التدريب على الاسترخاء بالتعرف على مستوى الاسترخاء لدى المريض، وتحديد الخط القاعدي لديه (Baseline) باستخدام جهاز الاستجابة الغلفانية للجلد (GSR).

تحديد الخط القاعدي للاسترخاء لدى المريض (Relaxation Baseline):

طلب من المريض رفع الأحزمة الموجودة على جسمه كلها وخلع الحذاء والاستلقاء على كرسي الاسترخاء بشكل مريح. المكان هادئ تماماً والإضاءة



قام المعالج بتدريب المريض على عملية الاسترخاء مع الاستعانة بجهاز (GSR) وتعديل الزرّ إلى أن يختفي الصوت، ويتلقى المريض تعليمات الاسترخاء المتعلقة بالوضع العام للجسم، وبتصور وجود أرقام (من واحد إلى عشرة) أمام عيني المريض المغلقتين (الذاكرة البصرية) والتعليمات بتنظيم عملية التنفس حيث يكون الشهيق عميقاً والزفير بطيئاً، ثم الإيحاء بالاسترخاء لعضلات الجسم بدءاً من عضلات فروة الرأس، عضلات الجبين، عضلات العينين، عضلات الظهر، عضلات والشفيتين، عضلات خلف الرقبة، عضلات الكتفين، عضلات الظهر، عضلات الذراعين، أصابع الذراعين، عضلات الصدر، عضلات البطن، عضلات الساقين، أصابع القدمين. بالإضافة إلى الإيحاء للمريض بالاسترخاء، وتخيل مشاهد سارة لديه، مثلاً الاستلقاء على شاطئ البحر، أو الجلوس داخل حديقة جميلة... (وجميع هذه التعليمات موجودة في شريط الكاسيت).

وبعد أن تدرّب المريض على الجلسات الاسترخائية المقررة بالإضافة إلى التدريبات المنزلية، تمّ ثانية قياس درجة الاسترخاء بعد التدريب، وبهذا حصل المعالج على درجة استرخاء قبل التدريب وبعده وقد بلغت هذه الدرجات بعد التدريب ٦.١ درجة أي بفارق قدره ٣.٧ وهذا هو مقدار الاسترخاء الذي حققه المريض بفضل عملية التدريب، مما يشير إلى فائدة عملية الاسترخاء في السيطرة على الانفعالات التي تؤدي إلى اضطراب وظائف الجسم. تابع المريض التدريب على عملية الاسترخاء في المنزل حتى تمكن من تحقيق الاسترخاء خلال خمس إلى ثلثي دقائق

خافتة، والمريض قام بتثبيت جهاز (GSR) على أصابعه ووضع سماعة الجهاز في أذنه، المعالج يجلس خلف المريض وعلى الجانب الأيمن منه، يعطي التعليمات للمريض بأن يغمض عينيه، ويسترخي تماماً وقدر الإمكان، وتمّ تنبيه المريض على أن يترك يديه على ركبتيه. هذا الصوت الصادر عن الجهاز، هذا الصوت الذي هو دليل وجود توتر وانفعال في جسم المريض والذي هو دليل على ضعف مقاومة الجلد لمرور التيار الكهربائي. كما طلب من المريض ومن خلال عملية الاسترخاء الذاتية أن ينقص من شدة الصوت الذي يسمعه من خلال سماعة الأذن وإلى أقل حدّ ممكن. وقام المريض، وقبل البدء بالاسترخاء، بتحريك الزرّ المرقم (من الرقم واحد وحتى الرقم تسعة) وذلك باتجاه الأرقام الأقل (Turn the Dial Down) حتى أصبح الصوت غير مسموع، ثم أعاد تحريك الزرّ ببطء وتدريجياً بالاتجاه المعاكس (بواسطة إصبع الإبهام الأيسر) وحتى ظهر الصوت ثانية بشكل خفيف غير مزعج (A Pleasant Low Tone). بعدها دخل المريض بعملية الاسترخاء الذاتي إلى أن اختفى ثانية سماع الصوت تماماً، ثم قام المريض بتحريك الزرّ تدريجياً بالاتجاه المعاكس حتى سمع الصوت الخفيف ثانية، بعدها قام بتعميق الاسترخاء الذاتي لديه، وهكذا حتى استقرت النغمة التي يسمعها المريض (لا بدّ من الانتظار عشرين ثانية تقريباً من أجل ظهور الصوت الخفيض أو الخفيف ثانية)، وكان المريض يعطي الإشارة للمعالج بسبابة يده اليمنى وذلك عند اختفاء الصوت، وعند إعادة سماع الصوت، بعد ذلك تمّ النظر إلى الرقم الموجود على الزرّ (أو المؤشر) المقابل لبداية ظهور الصوت الخفيض الذي يستشعره المريض من خلال سماعة الأذن وهذا الرقم يشير إلى مستوى الخط القاعدي للاسترخاء الذاتي قبل عملية التدريب، وقد بلغ هذا الرقم لدى المريض (٢،٤)، وتجب ملاحظة أن الرقم المرتفع يشير إلى مستوى الاسترخاء (A High Number Indicates Relaxation) على العكس من الرقم المنخفض الذي يشير إلى وجود توتر وانفعال أو قلق، ويمكن للمعالج (بالإضافة إلى المريض) سماع الصوت الخفيض من طريق سماعة أذن (Earphone) مزدوجة. وبعد تحديد الخط القاعدي (انظر الشكل التالي).

- ٦ - زيارة المريض لغرفة غسيل الموتى بصحبة العامل والمعالج دون مشاهدة الميت. وفي الوقت نفسه زيارة غرفة المشرحة حيث يتواجد الطبيب الشرعي.
- ٧ - دخول غرفة الثلاجة والوقوف عند الباب ومشاهدة الصناديق التي وضع في بعضها موتى من السراج وبصاحب السراج والذين لم يسيروا على الثلاجة.
- ٨ - فتح بعض الصناديق والنظر إلى الجثث وهي مغطاة وعن بعد (تكرار المشهد).
- ٩ - الاقتراب أكثر من الصناديق وملاحظة أطراف من الجثث وقيام عامل الثلاجة والمعالج بقراءة التقرير الطبي الملصق على الجثة... (العمر، الجنسية، سبب الوفاة..). والمريض يقف على بعد أمتار من الصناديق (تكرار المشهد).
- ١٠ - اقتراب المريض أكثر وبصحبة المعالج وعامل الثلاجة لمشاهدة بعض الجثث المكشوفة وقراءة التقارير الملصقة على هذه الجثث. (تكرار المشهد).
- ١١ - قيام المريض بمساعدة المعالج بفتح صندوق إحدى الجثث وقراءة التقرير الطبي (تكرار المشهد).
- ١٢ - قيام المريض بمساعدة المعالج وأحد عمال الثلاجة بفتح بعض الصناديق ومشاهدة جثث المواطنين، والوافدين والأطفال الصغار، ووفيات حوادث المرور (تكرار المشهد).
- ١٣ - مشاهدة عملية غسل جثة جديدة داخل مبنى الثلاجة والذهاب للصلاة عليه في مسجد المستشفى.
- ١٤ - وتمّ توطيد علاقة المريض مع بعض عمال الثلاجة الذين تفهموا وضعه وقدموا له المساعدة اللازمة، ومن أجل أن يكرر المريض هذه المواقف ودون خوف أو قلق وبدون تواجد المعالج معه، وقد علم المعالج من عمال الثلاجة أن المريض قام بزيارتهم مرات عدة وشاهد بعض الجثث ودون أن يبدي أي فزع أو خوف، وكان المريض قد أخبر أنه إذا شعر بأي خوف أو فزع أن ينسحب من الموقف إذا لم يتمكن من السيطرة على نفسه، وعليه أن يراقب جسمه وأن يعطي لنفسه تعليمات بالاسترخاء التدريجي، مستخدماً عملية الإيحاء الذاتي وتوليد الأفكار. مثل:

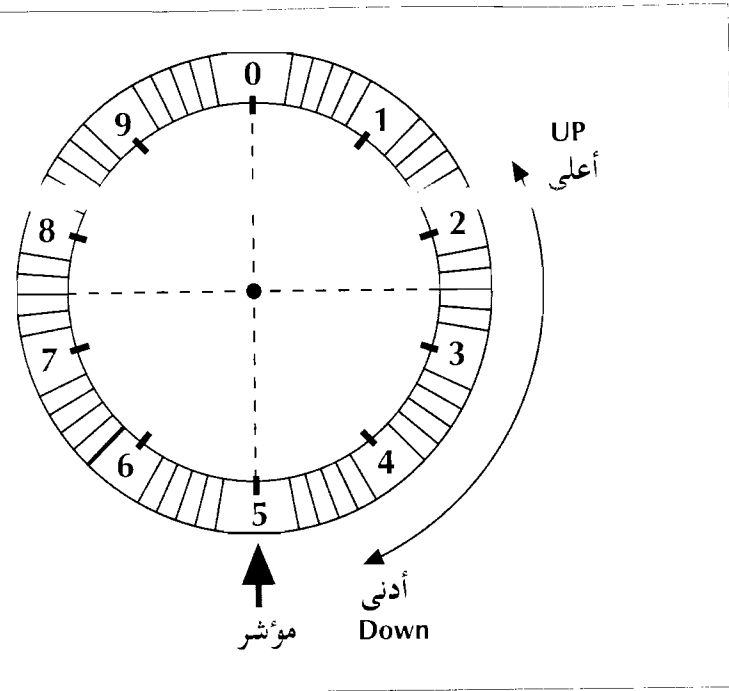
وباستخدام الكرسي العادي، ومقعد السيارة، وأصبح بإمكان المريض السيطرة على وظائفه العضوية (Self Control). وأعطيت التعليمات للمريض أن ينقل هذه التدريبات إلى مواقف حياته اليومية المزعجة أو المتقلقة له، مثل مواقف الموت ومشاهدة الجثث وسماع سراج الموتى من الجدران الخرسانية. وبهذه التدريبات في منزله (تدريب تطعيمي ضد التوتر والقلق) وذلك لأنه سيستفيد من عملية الاسترخاء والسيطرة الذاتية عند الانتقال إلى مرحلة العلاج التالية والتعرض لمواقف تشتمل على جثث وموتى... (مرحلة التحصين المنظم).

### بناء مدرج القلق والخوف وعملية التحصين المنظم للمريض

#### (Construction of Anxiety Hierarchies and Systematic Desensitization):

قام المعالج في ضوء حالة المريض (الخوف من الموتى) بإعداد مدرج يعتمد على تقديم مثيرات واقعية لحالات من الجثث والموتى توجد في ثلاجة المستشفى المركزي، وهي مثيرات تسبب الخوف والذعر لدى المريض، وتقدم هذه المثيرات أو المشاهد للمريض بشكل تدريجي (Graduated Practice)، ومن خلال عملية تحصين منظم حيوي (Vivo Desensitization)، وتمّ الحصول على موافقة خطية من مدير الطب الوقائي للاستعانة ببعض العاملين في الثلاجة حيث يوجد جثث الوفيات في المستشفى، وقد اشتمل هذا المدرج على الخطوات التالية:

- ١ - الحديث النظري العام عن الموت والموتى، والشهداء، وقتلى الحوادث، وحالات الانتحار، مع الإشارة إلى نظرة الدين والعقل...
- ٢ - مشاهدة صور لقتلى، وموتى (من إدارة شرطة المرور).
- ٣ - مشاهدة صور لشباب (الانتفاضة) وهم يشيعون بعض الشهداء وقد كشف الغطاء عن رؤوسهم.
- ٤ - في الطريق بين مستشفى الطب النفسي ومستشفى الجزيرة إلى الثلاجة حيث توضع جثث الموتى.
- ٥ - دخول المبنى الخارجي للثلاجة والجلوس مع بعض العاملين الذين يقومون بغسل الموتى والحديث معهم. وإعطاء فكرة عامة عن الحالات التي توضع داخل صناديق الثلاجة.



المؤشر المدرج في جهاز (GSR)

- ١ - يجب ألا أتوتر أو أقلق وأن أسيطر على نفسي.
- ٢ - يجب أن أسيطر على جسمي بشكل جيد وأنا أدخل بحالة استرخاء.
- ٣ - أشعر بالدفء والاسترخاء يسري في جسمي.

- ٤ - أشعر بالهدوء التام.
- ٥ - أنا مسترخٍ تماماً.
- ٦ - لدي القدرة على مواجهة الموقف من دون توتر وبكل هدوء.
- ٧ - ... إلخ.

وقد عبّر المريض عن نفسه بأن حالته تحسنت وتخلص من حالة الخوف والفرع وأصبح بإمكانه النوم والتنقل والعودة للعمل دون أي مشكلات، تُبعت حالة المريض ثلاثة أشهر بعد العلاج دون انتكاس. ومن أجل التأكد من تحسن حالة المريض بعد العلاج طبقت عليه اختبارات القلق واختبار الشخصية المتعددة الأوجه ثانية، ونال المريض درجة  $\frac{2}{10}$  في حالة القلق ودرجة  $\frac{3}{10}$  في سمة القلق، كما أن الدرجة على مقياس الاكتئاب، ومقياس السيكاثينيا تحسنت نحو الأفضل، وزود المعالج المريض برقم هاتف الخط الساخن وبالرقم المباشر للعيادة وكذلك بشرط كاسيت يتضمن بعض العبارات التذعيمية بصوت المعالج ليستمع إليه المريض عند الحاجة.

### الحالة الثانية: حالة المريضة (س) وسواس النظافة القهري (Cleaning Obsessions):

المريضة (س) العمر (١٧) سنة، غير مواطنة (وافدة)، رقم الملف الطبي (388) متزوجة منذ سنتين من ابن عمها، حوت من المنطقة الطبية في منطقة بنيس إلى العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي في (٢٠/١/٢٠٠٠م) لعلاج بعض الوسواس القسرية المتعلقة بالنظافة والخوف من التلوث والنجاسة، وتبين من تاريخ حالة المريضة أنها كانت تعيش مع أهل زوجها داخل مسكن واحد متواضع، وكانت علاقتها مع زوجها سيئة بسبب تسلطه وقسوته عليها، الزوج يقضي معظم وقته دون عمل، وحملت المريضة من زوجها مرتين وأجهضت،

وظهرت لديها أعراض الوسواس والاكتئاب في بلدها الأصلي، وعولجت لد صيب نفسي وصف لها دواءين: Tofranil - Tegratol، وبالرغم من علاجها بواسطة هذين الدواءين فإنها لم تتحسن، وكانت المريضة تخفي أعراض حالتها عن زوجها وأهله، تقول إن علاقتها بزوجها انقطعت بعد سفر أهلها إلى دول الإمارات، كما تقول إن حالتها المرضية بدأت في بلدها الأصلي بعد عملها الإجهاض الأولى حيث أخذت تشعر بأعراض حزن واكتئاب وقلق واضطراب في الضعام وفي النوم، وعدم الرغبة في الحديث مع الآخرين والإحساس بعدم الثقة والخوف.... إلخ. وفي تلك الفترة بدأت تتبني بعض الأفكار الوسواسية بأجسدها ويديها وملابسها غير نظيفة أو أنها نجسة. وكانت هذه الأفكار تلح عليها وتدفعها إلى تكرار غسل يديها بشكل مفرط، وتطورت حالتها إلى أن أصبح تشعر بضرورة غسل جسدها (كثرة الاستحمام)، وكذلك غسل غرفة الحمام بعد عملية الاستحمام، والإحساس بعدم القدرة (أو الخوف) على رفع ملابسها

المشفى النهاري (Day Hospital) لمتابعة العلاج الدوائي والعلاج النفسي معاً. وتحسّنت بعض أعراض الاكتئاب لدى المريضة ولكن أعراض الوسواس بقيت مستمرة لديها. وفي المشفى النهاري اتفق مع المريضة وشقيقها الأكيد بأن تحضر جلسات العلاج النفسي أسبوعياً مرتين أسبوعياً لمدة شهر، وذلك للإشراف الطبي والقيام ببعض الأنشطة، لإجراء العلاج النفسي (السنوكي)، كما تمّ التواصل مع المريضة وأسرته من طريق الخطّ الهاتفّي الساخن أو هاتف العيادة.

أما عن شخصيّة المريضة قبل المرض (Premorbid Personality) فقد تبين من خلال المعلومات المستمدة من أسرة المريضة (الأم - الأخ الأكبر) أنها كانت قبل زواجها من النوع الحساس، الخجول، المنطوي على ذاته، لا تمارس أنشطة اجتماعية، جدّية، منظمة، مفرطة في مشاعر الإثم، تقدر المسؤولية، متردّدة، ضعيفة الثقة بالنفس، تبكي في معظم الأحيان، ملتزمة دينياً، تشعر بالخوف والقلق، لا تعبّر عن مشاعرها أو أفكارها بسهولة، تتألم من نقد الآخرين لها، محدودة الصداقات، تحصيلها الدراسي عادي، لم تتعرّض في صغرها إلى إصابة عضوية أو حادث ما....

ولوحظ من خلال المقابلة الأولى مع المريضة خوفها على مستقبلها، وعلى زواجها، وإحساسها بقسوة أفراد أسرتها عليها وخاصة الأخ الأكبر لاعتقادهم بأن مرضها غير حقيقي وأنها لا تحتاج إلى علاج، وأن العلاج لدى المطوعين كان كافياً لو استجابت المريضة لتعليماتهم... لذلك فإن الأسرة غير حريصة ضمناً على علاجها في المستشفى لولا إزعاجها لهم بسبب الوسواس وتكرار النظافة والاستحمام.

وصرّحت المريضة بأنها لم تكن تضع النقاب على وجهها لولا تعليمات شقيقها الأكبر الذي أصرّ على أن تضعه عند مقابلة المعالج. كما أن شقيقها أراد أن يتواجد مع شقيقته المريضة عند مقابلتها للاختصاصي المعالج، وأصرّ على أن يجيب هو عن الأسئلة التي كانت توجه إليها، وتبين في ما بعد أن كل ذلك كان خشية أن تصرّح المريضة ببعض المعلومات عن مشكلتها مع زوجها أو عن مشكلات أخرى تتعلق بأسرتها، ولم تكن المريضة راضية عن طلبات شقيقها،

المستعملة لاعتقادها بأنها ملوثة أو نجسة. وبعد ذلك أصبحت تكرّر الوضوء، خشية أن يكون هذا الوضوء غير صحيح، وكانت عندما تدخل الحمام لقضاء حاجتها تخلع ملابسها خشية أن تتلوث ثم تعيد لبسها، ووصل الحال بالمريضة في فترة المرض إلى أن أصبحت تفرغ الحمام ثلاثين مرة في اليوم. وبعد انتهاء فترة المرض في شهرين، أصبحت تفرغ الحمام مرة واحدة في اليوم. هذه الأعراض تشتد في فترة الطمث لدرجة أن سلوكها الوسواسي كان يتكرر في هذه الفترة حوالي أربع إلى خمس مرات (غسل الجسم وغسل الحمام)، مع قضاء ساعات طويلة في تنفيذ هذه الطقوس الوسواسية وشعرت أسرتها (الأم) بأن حالتها غير طبيعية وأصبحت مزعجة ولافتة للنظر، وخاصة أن المريضة كانت تضطر إلى استعمال كمية كبيرة من المياه لم تكن متوفرة، وهذا ما سبّب قلقاً لأفراد أسرتها وخاصة (الأم، الأخ الأكبر، زوجة الأخ، الأخت الصغرى). وقامت الأسرة بعرض حالتها على مطوعين (رجال الدين) في بلدها وفي دولة الإمارات، لاعتقادهم بأن مشكلة المريضة هي مشكلة سحر وحسد ومس من الجن... إلخ. ولم يُعط علاج المطوعين الفائدة المرجوة، الأمر الذي دفع بالأخ الأكبر إلى استشارة طبيب نفسي الذي وصف لها العلاج الدوائي الذي أشرنا إليه سابقاً. وتبين أن المريضة لم تتناول الدواء بانتظام، وعمدت إلى إخفاء علاجها النفسي (الدوائي) عن زوجها وأهله حيث كانت تسكن المريضة قبل قدومها إلى دولة الإمارات، ولم تفصح المريضة عن مشكلاتها الزوجية أثناء المقابلة.

للمريضة تسعة أخوة، خمسة ذكور وأربع إناث، وترتيبها السادس، المستوى التعليمي الصف التاسع، لا تعاني (حسب التشخيص الطبي) من أعراض ذهانية، لا يوجد في أسرتها من هو مريض عقلياً. قدراتها العقلية عادية، الحالة الاقتصادية دون الوسط، كلام المريضة مترابط، مزاجها أكثر ميلاً إلى الحزن والاكتئاب، فقرة الشهية للطعام، تعاني من الأرق في النوم، ومخاوف وتوترات...

وفي مستشفى الطب النفسي شخّصت حالتها على أنها وسواس قهري يتعلق بالنظافة والخوف من التلوث أو النجاسة (Contamination)، ووصفت لها أدوية مضادات الاكتئاب مثل: Xanax - Prozac - Tegratol بالأضافة إلى فيتمينات. واستمرت المريضة بالعلاج الدوائي ومن طريق العيادة الخارجية من تاريخ (٢٠/٨/٢٠٠٠م) وحتى تاريخ (٤/٤/٢٠٠١م)، حوّلت بعدها من العيادة الخارجية إلى

كما أن شقيقتها انزعج لأنه لم يُسمح له بالتواجد مع شقيقته أثناء المقابلة، وبعد أن اطمأنت المريضة للمعالج من حيث حفظه لسرية المعلومات التي تقولها، قالت... إن شقيقي يرفض علاجي في المستشفى ويتذرع بعدم قدرته بالمجيء إلى المستشفى.

مشاهدة التلفزيون أو سماع الأغاني لاعتقادهما بأن هذا حرام ومفسدة للإنسان وخاصة الفتيات (علماً بأن شقيقتها الأكبر كانت له مشكلات وعلاقات وسلوكيات شاذة خلال مراحل حياته)، وبالرغم من ثقة المريضة بالمعالج إلا أنها كانت تقاوم أي إجابة عن أسئلة تتعلق بمشاكلها مع زوجها الذي بقي مقيماً في بلده (وهي مقيمة في دولة الإمارات، ودون طلاق)، وقد قام الاختصاصي بتكليف إحدى الممرضات العاملات في المستشفى النهاري من أجل مقابلة المريضة وتحري بعض الأسباب عن ظروف زواجها وحملها وإجهاضها وسفرها إلى دولة الإمارات، وبعدها عن زوجها لمدة تجاوزت السنة، ولم تتمكن الممرضة من معرفة أي معلومات حول ذلك عدا كراهية المريضة لزوجها ولأهلها، مع وجود مشكلات أسرية مزمنة... وفي ضوء هذه المعطيات قرّر الاختصاصي النفسي (المعالج) ضرورة الاجتماع مع أفراد أسرة المريضة في جلسة إرشادية تهدف إلى توضيح مشكلة المريضة وتعزيز دور أفراد الأسرة في مساعدة المعالج في تنفيذ البرنامج العلاجي لمنع السلوك الوسواسي داخل المنزل، وتزويده بتغذية راجعة عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي والالتزام بالتعليمات، وكذلك لتحسين مستوى أداء الأسرة نحو المريضة وتحسين العلاقات الشخصية داخل الأسرة، مما قد يخفف عن المريضة العوامل الدافعة للتوتر النفسي والمثيرة للأفكار الوسواسية والسلوك الوسواسي. وقد أراد الاختصاصي النفسي، وقبل البدء بعملية العلاج، أن يحدّد الإضرار العام للسلوك الوسواسي لدى المريضة من طريق تحديد ما يسمّى الخطّ القاعدي (Baseline)، ورصد السلوك الوسواسي، مما يفيد لاحقاً في معرفة مدى تحسن الأعراض الوسواسية نتيجة عمليات العلاج النفسي السلوكي، وقد تمّ ذلك على النحو التالي:

### الخط القاعدي لسلوك الوسواس القهري لدى المريضة:

في ضوء تشخيص حالة المريضة من جانب الفريق الطبي في المستشفى النهاري، وفي ضوء مقابلة المريضة وذويها من أفراد الأسرة تبين أن هذا السلوك الوسواسي يحدث في سياق أسية.

- ١ - إعادة جزء من الوضوء.
- ٢ - إعادة الوضوء كاملاً.
- ٣ - تكرار غسل اليدين في أوقات غير الوضوء وغير تناول الطعام وبدون مبرر.
- ٤ - الاستحمام المتكرّر بسبب الإحساس بنجاسة الجسم.
- ٥ - غسل غرفة الحمام بسبب الاعتقاد بتلوّثها بماء الاستحمام.
- ٦ - عدم رفع الملابس المستعملة لاعتقاد المريضة بأنها ملوثة.

وهذه الأشكال هي التي تمثّل السلوك الوسواسي المستهدف علاجه (Target Behaviour)، بالإضافة إلى مصاحبات هذا السلوك من مشاعر اكتئاب ومخاوف وقلق وتوترات وغير ذلك من انفعالات... إلخ.

وقد أراد الاختصاصي النفسي أيضاً معرفة شدة هذا السلوك الوسواسي القهري ومدى تكراره، والمدة الزمنية التي يستغرقها كل شكل من أشكال هذا السلوك (The Duration)، ومن أجل ذلك قام بمقابلة المريضة ووالديها وطلب منهما تسجيل ملاحظتهما اليومية حول أشكال السلوك الوسواسي، ولمدة (٦٤) ساعة.

**ملاحظة:** أراد الاختصاصي النفسي من خلال البحث عن تشكلات الروحانية لنفسه والاجتماعية والنسبية بين المريضة وزوجها والمصاحبة لعسبة لإجهاض، لكشف عن الآلية النفسية التي صاحبت عملية تكرار الإجهاض (Abortion) وفي ما إذا كانت عسبة لإجهاض المتكررة تم عن وجود غضب نفسي عميقة لدى المريضة، وخاصة بعد تأكيد من ملاحظة المريضة عصبية، وهذا في ضوء ما أشادت إليه الدراسات النفسية بأن الإجهاض المتكرر غالباً ما يحدث لدى نسوة يصعب عليهن تقبل دور لاه، أو أنهن يعان من صراعات نفسية لفعالية تؤدي إلى تغيرات هرمونية وإلى انقباض الجنين وطرده، هذا بالإضافة إلى دور الصراعات النفسية، اللا شعورية والتي تعبر عن نفسها بأعراض عضوية مثل كراهية الزوج، والخوف من الحمل والولادة وفكّر أن الحصول بوضوح العلاقة مع الزوج ويحد من الضرر على الطلاق، والإجهاض عندها، وليس حتى تخور وكراهية الزوج ورفض العلاقة، أن وجد، هذا بالإضافة إلى اعتقاد الإجهاض عندها على صفتها سيكوسوماتي.





ويلاحظ من الجدول السابق (رقم ١) بأن مجموع الوقت الذي تعضبه المريضة يومياً بسبب السلوكات القسرية التوسامية = ما يلي:

$$(١٣,٦ - ٣٩,٢ + ١٣,٥٥ + ١٣,٥٥ + ٥١,٤٥ + ١٣,٢) = (٢٠١) \text{ دقيقة يوميا، أي}$$

ما يعادل - - - - -  
هذه الحالات، وكما هو موجود ومضبب لدى الأفراد العديدين المذكورين، إننا في نفس مرحلة عمر المريضة هو كالتالي:

١ - الوضوء مرة واحدة دون إعادة أو تسرع يستغرق من الزمن ومضد حوالي (١ - ٥) دقائق.

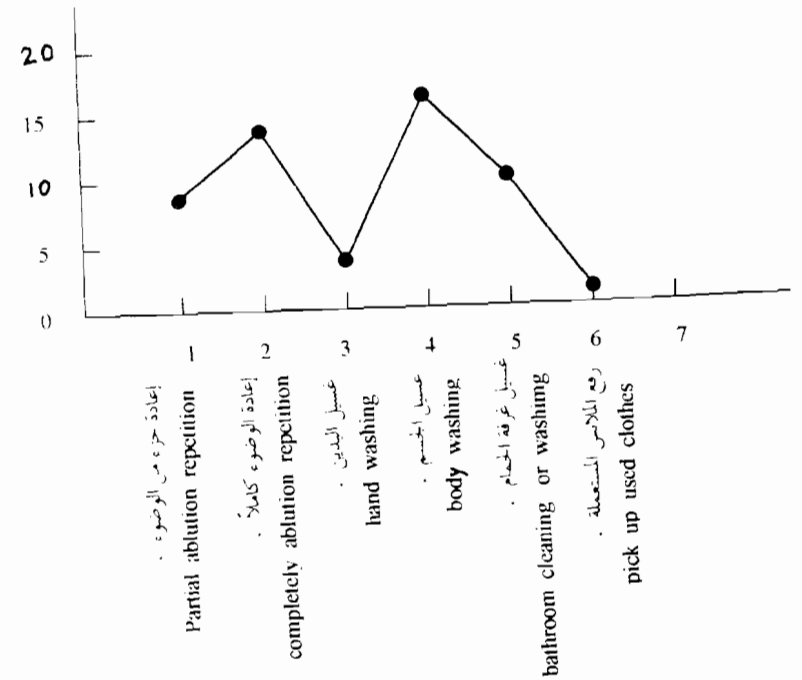
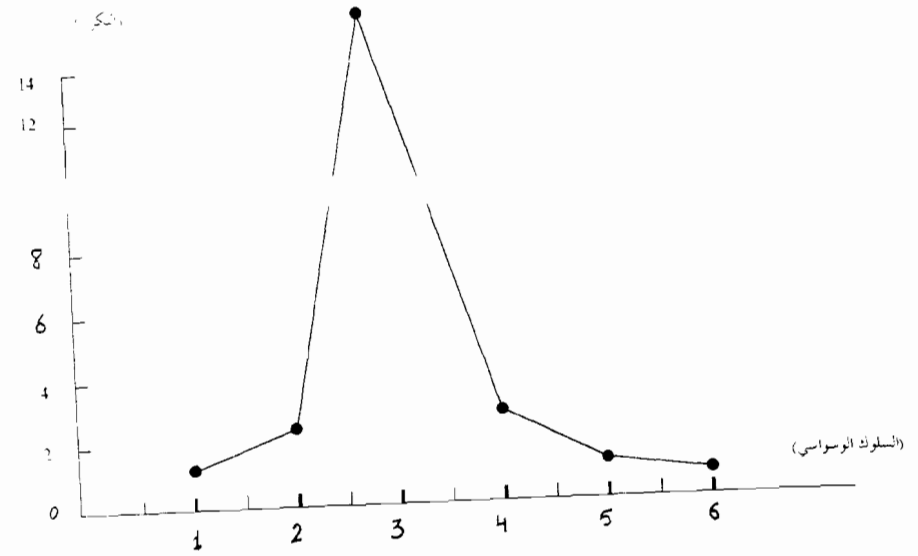
٢ - غسل اليدين العادي دون فترات الوضوء ودون فترة قبل الطهارة أو بعد الخروج من الحمام وسطياً (٣ - ٥) مرات يومياً ومتوسط الزمن في كل مرة (١ - ٢) دقيقة.

٣ - غسل الجسم العادي مع مراعاة مناخ دولة الإمارات الحار والمغبر أحياناً من (٤ - ٧) مرات أسبوعياً، ويكون ذلك لمدة خمس عشرة دقيقة للدورة الواحدة مع غسل الشعر، وعشر دقائق للاستحمام السريع (الدوش) دون غسل الشعر بالشامبو، ويكون ذلك حسب النظافة التي وبالالتفك مع المريضة وأنها، يومي الجمعة والأثنين من كل أسبوع استحماء كامل، وبقيّة أيام الأسبوع وفي الفترة الصباحية، أو في فترة الظهيرة تفود المريضة بالاستحمام السريع (دوش) مع الأخذ في الاعتبار الحالات الاستثنائية مثل القدوم من السفر، أو بعد تقديم بالخدمات خارج المنزل مع تعب وتعرق... الخ. وهذه الأوقات المحددة لغسيل الجسم واليدين لا تسمح للمريضة بتحويل هذه الضرورات اليومية إلى سلوك وسواسي قسري.

٤ - غسل الحمام مرة واحدة أسبوعياً يوم السبت أو يوم الجمعة مع مراعاة الوقت المستغرق ألا يزيد على (١٠ - ١٥) دقيقة.

٥ - رفع الملابس المستعملة والخاصة بالمريضة في كل مرة تخضع فيها المريضة لملابسها للاستحمام، وعملية رفع الملابس لا تتطلب وضوياً أكثر من دقائق (٢ - ٣) دقائق لتوضع في المكان المخصص لها.

٦ - يمكن أن تزداد هذه الأوقات قليلاً في فترة الدورة الشهرية (الطمث).



**ملاحظة:** يرى بعض علماء النفس أن عمالية الرصد الذاتي لسلوك الوسواسي من قبل المريض يفيد في عملية العلاج، حيث يتم إدراك هذه الحقائق التوسامية القسرية والتعرف على هويتها من جانب المريض مما يسهل من تكرار هذا السلوك المراد تغييره.





تعليمات الاختصاصي) كما سيكون لزوجته الأخ والأخت الصغرى، إلى جانب الأم، الدور الهام في علاج منع سلوك الوسواسي وتسجيل الملاحظات اللازمة.

#### الاخصاصي -

سيكون دور الاختصاصي في علاج المريض الوسواسي هو مساعدة الأسرة على تنفيذ تعليمات العلاج النفسي (إلى جانب العلاج الدوائي) كما حددت جلسات العلاج النفسي، الأوقات والمكان والأهداف... وقاد الاختصاصي بالتأكيد لأفراد الأسرة على أهمية تطبيق تعليمات الجلسات العلاجية في المنزل، ووزعت الأدوار على أفراد الأسرة على النحو التالي:

١ - على المريضة تنفيذ تعليمات العلاج في الحد من تكرار السلوك الوسواسي ومنعه أو مقاومته بكل إرادة وصبر. وكذلك تسجيل عدد مرات حدوث هذا السلوك يومياً والزمن الذي يستغرقه، وذلك في السجل الخاص المعد لهذا الغرض، ويمكن أن يكون ذلك بمساعدة الأم وتحت إشرافها، مع التزام المريضة بالعلاج الدوائي دون النقطاع، وستزود المريضة تدريجياً بالتعليمات من خلال جلسات العلاج النفسي.

٢ - على أفراد الأسرة كافة التعاون من أجل توفير مناخ أسري يتوفر فيه الهدوء والراحة وعدم التوتر أو الإزعاج والحد من العوامل التي تزيد من قلق المريضة ومخاوفها، والتي نحاول على حدوث الأفكار والسلوكات الوسواسية، وكذلك على أفراد الأسرة العمل على دمج المريضة اجتماعياً مثل تقيده بالزيارات الاجتماعية أو الأنشطة وتوفير وسائل التسلية مثل القراءة والمجلات والصحف وغيرها، والسماح لها بمشاهدة البرامج التلفزيونية وبالمكالمات الهاتفية مع الصديقات، وحضور المناسبات أو الاحتفالات... وهذه الأنشطة تساعد على تشتيت انتباه المريضة عن الأفكار الوسواسية، وتحد من الانطواء على الذات ومن عوامل الاكتئاب كما تفيد في مقاومة الوسواس.

وعلى الأسرة الحفاظ على سرية المعلومات وكل ما يتعلق بحالة المريضة بعيداً عن الآخرين، مثل الأقارب والجوار والأصدقاء وغيرهم، وذلك منعاً لتضخيم المشكلة وحفاظاً على مكانة

حول سلوك المريضة، ومساعدتها في منع حدوث السلوك الوسواسي أو تكراره، مثلاً ملاحظة وضوء المريضة والتأكد لها أن هذا الضوء صحيح، وتشجيع المريضة على عدم تكرار غسل اليدين، أو غسل الجسم أو البقاء في الحمام فترة طويلة من الزمن...

٣ - الأخ الأكبر يقوم بتوفير وسيلة النقل لشقيقته باستمرار وفي الوقت المحدد مع الاهتمام والرعاية، كما يمكن للأب (مساعد العلاج) تلقي بعض الإرشادات من العلاج وذلك في ضوء ما يستجد من أمور عن حالة المريضة، وكذلك الإشراف على عملية رصد السلوك الوسواسي والزمن لدى المريضة، ويتم التواصل بين المريضة والعلاج عن طريق الجلسات العلاجية، وبين العلاج وأسرة المريضة من طريق الخط الهاتفي الساخن أو هاتف العيادة، وذلك لمعرفة نتائج العلاج وبعض القضايا عن الطعام، النوم، أعراض الاكتئاب، والسلوك العام، وغير ذلك، وكتب هذه النقاط ووزعت على أفراد الأسرة لتذكير وإلزام بها، كما زودت المريضة والأم بنموذج يومي (سجل) لرصد السلوك الوسواسي والزمن، وهذا النموذج كانت الأم قد استخدمته سابقاً، ثم عن جلسات العلاج النفسي فكانت على النحو التالي:

ملاحظة: إن غرضنا من تسجيل وتعبير عن حدث فرد لا يراه فردى في منع حدوث الوسواسي وسبب سلوكه الصحيح، وذلك لبعض الحالات الوسواسية التي يفي بها المريض أو المصاب بها، وأحياناً هو الذي يمنع بعض أحداث السلوك السيئ، وقد يقع أن ينسب حدث سبب ما حدث عند من يعاني من اضطراب الوسواسية، فهذا هو العلاج المدعم (Supportive Psychotherapy) على ما يعرفه الحد من سبب السلوك السيئ، ولكن السبب لا يفي بالحد من السلوك السيئ، وقد يكون السبب النفسي أن كثيراً من حالات الوسواسية لا يفي بها المريض.



ومنطقية. وهناك طرق عدة لتحقيق ذلك سنأتي على ذكرها في ما بعد، وقد وجد المعالج أن أهم الأفكار الوسواسية التي تتناب المريضة هي التالية:

- ١ - أشعر بأن الموضوع غير صحيح وتجب إعادته.
- ٢ - إن أيدي غير عيية - مما بسبب - استخدام - ولا بد من تعقيمها باستمرار خشية التلوث.
- ٣ - عند قضاء الحاجة قد تتلوث ملابسني بالنجاسة لذلك لا بد من تبديل ملابسني...
- ٤ - ملابسني ملوثة ونجسة لا أستطيع رفعها بعد الاستحمام خشية التلوث بها.
- ٥ - يجب غسل الحمام لأنه تلوث بماء الاستحمام.
- ٦ - أشعر بوجود قطرات بول في ملابسني ولا بد من الاستحمام.
- ٧ - الدورة الشهرية تجعل كل شيء مكروهاً ونجساً.
- ٨ - الغرفة التي ينام فيها طفل يتبول لا إرادياً تصبح نجسة.
- ٩ - عندما أكون غير مستحمة تتنابني فكرة الابتعاد عن الناس خشية أن يصابوا بتلوث.

١٠ - أشعر بأن الحياة ليس لها معنى عندي.

١١ - إنني إنسانة لا أثق بنفسني وأشعر أن شخصيتني ضعيفة.

١٢ - قدري في الحياة أن أكون مريضة.

كما سيركز العلاج النفسي السلوكي على حالة الخوف والقلق والتوتر لدى المريضة والعمل على خفض هذه الحالة أو هذه الانفعالات مما يؤدي إلى خفض لمدافعية نحو القيام بالسلوك الوسواسي الذي بدوره يؤدي إلى ضعف هذا السلوك. سيكون ذلك من طريق تدريب المريضة على عمليات الضبط الذاتي (Self Control)، وعلى تأكيد الذات في المواقف الصعبة أو المواقف المؤلمة لقلق أو لتوترات (Stressors) في الحياة بالإضافة إلى طريقة الكف بالتنظيف والتحصين لمنظم (Systematic Desensitization) والتدريب على الاسترخاء.

من ناحية أخرى سيركز العلاج النفسي السلوكي على السلوك الوسواسي لدى المريضة والمتعلق بالنظافة والتلوث حيث يتم الحد من تكرار هذا السلوك إرادياً، كذلك الحد من الزمن الذي يستغرقه هذا السلوك، وسيتم ذلك من طريق منع

الاستجابة أو السلوك من الحدوث (Response Prevention)، وطريقة التمددجة (Modeling)، ولعب الدور، وفي نهاية العلاج النفسي سيعاد التنعيم لحالة المريضة.

أراد المعالج في إطار خطته العلاجية عدم استخدام طريقة التعرض للأغذية سيدي (Vivo Flooding Exposure) وذلك بد حساس حرمان حرمان من بالطرق السابقة، وإلا سيضطر إلى استخدام هذه الطريقة في ما بعد.

## الطرق النفسية السلوكية التي استخدمت في علاج الأفكار الوسواسية:

### ١ دحض الأفكار الوسواسية الخاطئة (Thoughts Disputing)

أشرنا سابقاً إلى أن الأفكار الوسواسية الخاطئة تتبع من تفكير المريضة، ويمكن التخلص من هذه الأفكار بإرادة ووعي إذا علمت أنها ضارة لها ويمكن استبدالها بأفكار صحيحة ومنطقية. ومن أجل ذلك على المريضة أن تناهض وترفض هذه الأفكار الوسواسية التي تسيطر عليها، وعليها أن تحدث نفسها (عدائية توليد للأفكار (Autogenic Thoughts)) بالأفكار التالية:

- ١ - إن عملية الموضوع صحيحة ويجب عدم تكرار الموضوع لأن لا مبرر لذلك.
- ٢ - إن جسني ظاهر والإحساس بالنجاسة هو إحساس كذب.
- ٣ - علي ألا أقوم بغسيل غرفة الحمام بعد الاستحمام.
- ٤ - إن رفع ملابسني المستعملة هي من واجبي ولا يترتب عن ذلك أي مشكلات.
- ٥ - إن التخلص من هذه الأفكار يعيد السعادة والهدوء لحياتي.
- ٦ - إن واثقة من نفسي ولست أميرة للوسواس القهري.
- ٧ - علي أن أبذل جهدي وأن أتحدث بشأن مقومة هذه الأفكار الوسواسية.
- ٨ - أريد أن أكون إنسانة عادية مثل غيري.
- ٩ - علي الإنسان أن يعامل ما في وسعه لعلاج مشكلاته.
- ١٠ - علي ألا أمتجيب للأفكار الوسواسية لأن ذلك دليل ضعف واستسلام.

١١ - أستطيع الإفادة من إرادتي والسيطرة على ذاتي في مواجهة الأفكار الوسواسية.

١٢ - .... الخ.

تقد أصبحت المريضة تعي ويردد صمياً هذه الافكار وتعدرس بين فديها على مواجهة الأفكار الوسواسية والسيطرة عليها وبين سيطرة الأفكار الوسواسية على المريضة، بالإضافة إلى ذلك تدرّبت المريضة على طريقة تشتيت الانتباه (Attention Distraction) وذلك من طريق الدخول المباشر في حديث أو نشاط حيادي ليس له علاقة بالوسواس مثل: الحديث مع الآخرين، الحديث بالهاتف، مشاهدة فيلم أو مسلسل تلفزيوني، سماع أغنية، سماع قصيدة، قراءة مجلة، كتابة شعر، ممارسة الرياضة.... الخ. ونصح المعالج المريضة بتغيير المكان أو الخروج من الغرفة أو من المنزل إلى مكان آخر، ويمكن للمريضة قضاء بعض الحاجات المنزلية أو الخروج للتسوق وهذه الطرق تساعد المريضة على تشتيت انتباهها عن الفكرة الوسواسية فلا تتمكن هذه الفكرة من التأثير على المريضة ودفعها نحو القيام بالسلوك الوسواسي.

أما بشأن إعادة الوضوء فقد قام المعالج بمناقشة المريضة وأكد لها بأن الدين الإسلامي هو دينٌ سَوِيحٌ يقبل الأخطاء كما يقبل الأعذار غير المقصودة، والدين سَمِيحٌ بعملية التيمم في حالة عدم توفر الماء، هذا بالإضافة إلى أن تعطيل شؤون الحياة بسبب تكرار عادات غير صحيحة تستهلك الكثير من الوقت والجهد مثل تكرار الوضوء بالإضافة إلى عملية الشك في صحة الوضوء وعدم الانتكال على الله عز وجل هو ضد الشريعة ومكروه من الدين، ويرى بعض علماء الدين أن سلس البول لدى الإنسان المريض لا يفسد الوضوء ولأن هذا الإنسان لا يقدر على ضبط مثانته. وضلب المعالج من المريضة الإكثار من قراءة سورة الناس كاملة ﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ \* مَلِكِ النَّاسِ \* إِلَهِ النَّاسِ \* مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ \* الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ \* مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ﴾ صدق الله العظيم، ولأن هذه السورة كما يقول علماء الدين تحصن الإنسان ضد الوسواس وتدفع الشر عنه وتزيده ثقة بنفسه وبربه كما تزيده طمأنينة وراحة نفسية (علاج سلوكي - معرفي - ديني).

إضافة إلى ذلك طلب المعالج من المريضة عند الوضوء أن تنبه والدتها أحد أفراد أسرته بشأن مراقبة عملية الوضوء والتأكد للمريضة على صحة الوضوء وأن لا يمرر للإعادة، وقد أصبحت المريضة تتوضأ مع والدتها أو تطلب من والدها مراقبة الوضوء فحدهم تشجع أسرته أن تثبت لنفسها ولأسرتها أنها يمكنها أداء الوضوء دون حرار وقد تدم المريضة هذه النتائج في السجل الخاص.

### ٢ طريقة وقف الفكرة الوسواسية (Thoughts Stopping):

على المريضة عندما تتنابها الأفكار الوسواسية وتطراً على ساحة وعيها، عندما يقوم المعالج بإثارة الفكرة الوسواسية في ذهن المريضة (Maginal Exposure) أن تقول المريضة لنفسها وبصوت مرتفع كلمة قف (Stop)، ويمكن للمريضة أثناء استحضار الفكرة الوسواسية أن تغدض عينيها والتحدث مع ذاتها مباشرة بقولها (أوقفي هذه الأفكار الخاطئة)، كما يمكن أن تعطي إشارة للمعالج بإصبعها عند استحضار الفكرة الوسواسية، بعدها مباشرة تسمع المريضة عبر (أوقفي هذه الفكرة)، وهكذا مع التدريب تكتسب المريضة القدرة على السمع التي هي بمثابة معزز لها<sup>(١)</sup>.

### ٣ طريقة كتابة الأفكار الوسواسية:

من الطرق التي استخدمها المعالج تدريب المريضة على تكرار كتابة الأفكار الوسواسية التي ترعجها مرات عدة، حيث أشارت بعض الدراسات النفسية بأن عملية الكتابة هذه غالباً ما يصحبها تفريغ أو إسقاط للشحن الانفعالية المصاحبة للفكرة الوسواسية، مع الإحساس بالملل والتعب أو الك من هذه الأفكار الوسواسية وذلك حسب طريقة الممارسة السلبية في المع

(١) عند تطبيق هذه الطريقة عدة ما تعطي المريضة إشارة للمعالج تشير إلى حضور الفكرة الوسواسية في ذهنها، ومن ثم فإن المعالج هو الذي يقول للمريضة وبصوت مرتفع كلمة حتى تتم عملية الإشراف، وبعد ذلك يخفض صوت المعالج تدريجياً لدرجة هفيس، بعدها المريضة بوقف الفكرة الوسواسية من طريق كلمة قف مع التدرج في شدة الصوت وإ تطلق الفكرة الوسواسية.

السلوكي (Negative Practice)، ولم يستخدم الاختصاصي هذه الطريقة كثيراً في علاج حالة المريضة.

#### ٤ طريقة التعريض الإغراقى التخيلي (Imaginal Flooding Exposure)

تم المعالج وفي صوره حبه المريضة بعداد مشاهد تخيلية وتعريض المريضة لها تدريجياً (ودون عملية تضمين أو استرخاء)، حتى تألف المريضة هذه المشاهد الوسواسية المتعلقة بالنظافة وتعود عليها، ويقال تجنبها لها. وقد تم في ذلك اعتماد طريقة تقديم المنبه أي تعريض المريضة للمنبه المثير للخوف (Form of Stimuli Presentation). حاول المعالج، وبسبب صعوبة الذهاب إلى منزل المريضة، تزويد المريضة بشريط كاسيت سجلت عليه هذه المشاهد. وكان من المفروض أن تطبق هذه الطريقة في العيادة وفي المنزل، وأن يستخدم فيها جهاز للتغذية الراجعة الحيوية وكأداة للقياس، ولكن ظروف العمل في العيادة لم تسمح بذلك، علماً أن المريضة أبدت مهارة في عملية تخيل المشاهد الحية للمواقف المثيرة للوسواس وكانت تؤكد على ذلك بإعطاء إشارة بإصبعها للمعالج. وفي هذه الطريقة أيضاً يقوم المعالج بتدريب المريضة خلال الجلسات التعريضية الثلاث الأولى والتي تكون بصحبة المعالج، بعد ذلك يتم تطبيق ذلك في المنزل حيث لا يكون وجود المعالج ضرورياً، والمريضة تقوم بعملية التعرض للمشهد مع التحكم الذاتي والسيطرة. وفي التدريب على هذه الطريقة تجلس المريضة على كرسي عادي مريح وتغمض عينيها (دون استرخاء)، ثم تتلقى التعليمات من المعالج الذي قد يستعين بشريط كاسيت صوتي حيث تستمع المريضة إلى المشهد الأول الذي تتخيله وتتوحد معه بكل مشاعرها وذلك لمدة (٣ - ٥) دقائق. بعده تعود إلى الحالة العادية ولمدة (٢٠ - ٣٠) ثانية، ثم تتكرر العملية مرات عدة، وتعطي المريضة إشارة بإصبعها (للسببية) دليلاً على استحضر المشهد في ذهنها أو دليلاً على وقف المشهد. ينتقل بعدها المعالج إلى المشهد الثاني وبالأسلوب نفسه، ثم إلى المشهد الثالث وهكذا. تستمر هذه العملية مدة ساعة تقريباً في كل تدريب ولمدة شهر على الأقل. بعد أن تتقن المريضة التدريب على هذه الطريقة في العيادة تقوم بالتدريب عليها ذاتياً في المنزل ولمدة (٣٠ - ٤٥) دقيقة يومياً.

وثلاثة أيام أسبوعياً. إن مثل هذه التدريبات من شأنها زيادة الثقة بالنفس، والإحساس بالسيطرة والانخراط داخل الموقف. أما عن المشاهد التي أعدها المعالج بالنسبة للمريضة فهي كالتالي:

#### ١ مشهد الوضوء:

اجلسي على الكرسي، وأغمضي عينيك وتخيلي في ذهنك بأنك كنت جالسة في غرفتك تطالعين مجلة زهرة الخليج، وسرحت في أفكارك مع موضوعات المجلة، وفجأة أدركت أنك نسيت سماع الأذان وكاد وقت الصلاة يفوتك، فأسرعت إلى الوضوء، وما إن انتهيت من الوضوء حتى أحسست بأن الوضوء لم يكن صحيحاً ومن الضروري إعادته، وأحسست بالخوف والتوتر يجري في جسمك وتنفسك أصبح ثقیلاً، وحاولت تكرار الوضوء ثانية وثالثة دون أن تستطعي إضعاف هذا التوتر أو التصدي لهذه الأفكار الوسواسية التي انتابتك، وأحسست بالفشل والحزن ولوم الذات. (تكرار).

#### ٢ مشهد غسل اليدين:

اجلسي على الكرسي، وأغمضي عينيك واستحضري في خيالك المشهد التالي. لديكم في المنزل دعوة لبعض الأقباء لتناول طعام الغداء، وبعد أن أعدت والذاتك مائدة الطعام، دعي الجميع إلى الجلوس على الطاولة، ومنهم من طلب غسل يديه قبل تناول الطعام، وبعد أن جلس الجميع. ذهبت أنت لغسل يديك، وفجأة انتابتك إحساس بأن يديك ما زالتا ملوئتين أو غير نظيفتين، وتعرضت إلى حالة توتر وقلق وانفعال، وقمت بتكرار غسل يديك والضيوف في التصديق لتناول الطعام، وكانت والذاتك تطلب منك الانتهاء من غسل اليدين والحضور فوراً إلى المائدة خشية ملاحظة الضيوف أو التقادم. حضرت إلى المائدة متأخرة، ونظر الضيوف إليك باستغراب، مع الاستفسار عن سبب تأخرك الملحوظ، وزاد

ملاحظة: وجد بعض المعالجين النفسيين أن عملية تحيل الموضوع لدى ضمير الخوف والوسوس من لدى الفرد قد لا تكفي عن تعبرات واضحة في أجهزة التغذية الراجعة لتدريب (Biofeedback) كدور الحول في عملية التعرض المبدئي حيث تفهم سمحيات الخوف والتعق والتوتر وصحة من حال هذه الأجهزة.





أعراض الخوف والقلق والاكتئاب تحسنت، مع زيادة في الشهية للطعام، وعده وجود اضطراب في النوم، وقيام المريضة بمساعدة أسرتها في المنزل، وقد أعيد تطبيق اختبار ويللوبي على المريضة ونالت درجة (١١/١٥) وهي درجة تشير إلى غياب المريضة لأسباب طارئة، فطلب المعالج من والدة المريضة والمريضة إحضار جدول رصد السلوك الوسواسي في الأسبوع الأخير (بعد انتهاء العلاج). وتم التوصل إلى النتائج التالية المبينة في الجدول رقم (٢):

طقوس وسواسية متعلقة بالوضوء، وغسيل اليدين، والاستحمام، وغسيل غرفة الاستحمام، ونقل الملابس المستعملة. وفي هذه الطريقة تمنع الأم (أو من ينوب عنها) المريضة من الدخول يومياً للاستحمام أو غسيل غرفة الحمام (وقد ساعدت في ذلك). وفي حالة بدء المريضة بأي سلوك وسواسي قسري على أحد أفراد الأسرة أن يقول للمريضة (توقفي) Stop وبصوت مرتفع ومزعج إلى حد ما. بعدها مباشرة تُوجه المريضة إلى نشاط آخر من أجل تشتيت انتباهها (كما أشرنا سابقاً)، كما يمكن منع الماء عن المريضة بشكل أو بآخر، أو الاكتفاء بكمية ماء محددة للاستعمال، أو قفل باب الحمام... أو غير ذلك. وباختصار اتخاذ أي أسلوب لمنع قيام المريضة بسلوكها الوسواسي.

## ٢ - طريقة النمذجة (أو محاكاة النموذج) (Modeling):

وتعتمد على ملاحظة سلوك الآخرين والافتداء بهم وبتقليد سلوكهم وتذكر السلوك في وقت لاحق وأن تتولد الدافعية لتكرار السلوك. وفي هذه الطريقة يقوم المعالج أو والدة المريضة بأداء مشترك مع المريضة، مثل ملاحظة وضوء الآخرين، أو سلوك غسل أيديهم، أو الاستحمام.... وغير ذلك. بدون تكرار وبأقل زمن ممكن، ودون خوف وتوترات، مع سيطرة تامة على الموقف. وتأكيد الطرف الآخر وتشجيعه على التحكم الذاتي، وأحياناً تعتمد هذه الطريقة على ما يسمى بلعب الدور حيث يتبادل المعالج والمريض الدور بشكل متناوب. إذ يقوم المعالج بتقديم النموذج السلوكي للاستجابات الصحيحة، ثم ينفذ المريض هذا النموذج بعد ذلك وكأنه هو المعالج مثلاً: إثارة مواقف الوضوء أو رفع الملابس المستعملة والمثيرة لإزعاج المريضة، وعلى المعالج والمريض إظهار الاستجابة الملائمة التي تدل على ضبط النفس والثقة، وهذا ما يجعل المريض يتعلم ويتجنب النقد والتوتر. (وأحياناً تستخدم أفلام مخصصة لهذا الغرض تعرض على أفراد يؤدون هذه المواقف بنجاح) ويتلقى المريض التغذية الراجعة من المعالج.

وبعد مضي ستة أشهر على العلاج اعترفت المريضة وأسرته بأن حالتها تحسنت تماماً، وأن السلوكات الوسواسية تراجعت إلى الحد المقبول (في ضوء معايير التحسن السابقة) وكذلك وجد الفريق الطبي في المستشفى النهاري أن

جدول رقم (٢) نتائج رصد السلوك الوسواسي لدى المريضة (بعد العلاج)

متوسط الزمن بالدقائق في اليوم	متوسط المرات اليوم	عدد مرات تكرار السلوك يومياً خلال (٢٤) ساعة							السلوك الوسواسي
		الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	
٠٢,١٦	٠,٢٩	-	١	-	-	-	١	-	١ - إعادة جزء من الوضوء
١١,١٠	١,٤٣	٢	١	٢	٢	١	١	١	٢ - إعادة كامل الوضوء.
٢٢,٢٩	٧,٤٣	١٤	١١	٨	٣	٨	٥	٣	٣ - غسل اليدين.
١٥,٨٧	١,٠٠	١	دوش	دوش	دوش	١	٢	-	٤ - الاستحمام.
٨,٤٥	٠,٤٣	١	-	١	-	١	-	-	٥ - غسل غرفة الحمام.
٤,٧٤	٧,٥٨	٧	-	٧	٧	٧	-	-	٦ - عدم رفع الملابس المستعملة.
٦٤,٥٢ يومياً									(١) تعني زفقت.

يلاحظ في الجدول السابق رقم (٢) أن متوسط الوقت الذي تنفقه المريضة يومياً في عملية الوضوء والغسيل ورفع الملابس هي (٦٤,٥٢) دقيقة، أي نحو أكثر من ساعة تقريباً وهذا زمن عادي، بينما كانت في السابق تنفق نحو (٢٠١) دقيقة، أي نحو ٣ ساعات و٤١ دقيقة (٢٠١ - ٦٤,٥٢) = ١٣٦,٤٨ دقيقة.

إلى جهود المريضة وأسرتها وإلى أساليب العلاج النفسي، وهذا ما يشير إلى خفض مستوى السلوك الوسواسي ومنعه، وقدرة المريضة على التحكم الذاتي. وقد أخبرت المريضة بذلك مما عزز قدرتها على السيطرة وزاد من ثقتها بنفسها بعد محاولات عدة من الخوف والفشل والإحباط.

وخشية الانتكاس وعودة السلوك الوسواسي كان لا بد من متابعة حانة المريضة. وقد اتفق مع المريضة وأسرتها بأن تحضر المريضة كل شهر جلسة تدميمية، وذلك لتشجيعها وحثها على إتقان عملية مواجهة المواقف الصعبة، وكذلك التواصل مع المعالج هاتفياً إذا حدث طارئ أو عند طلب المساعدة، وأخبرت المريضة بأنها ستتحول من المشفى النهاري إلى العيادة الخارجية ثانية وذلك بسبب تحسن حالتها في تاريخ (٦/٤/٢٠٠٢م). وبعد مضي ما يقارب شهر حضرت المريضة بصحبة شقيقها إلى المستشفى وتبين بأنها تشكو من عرض هو إحساسها بخروج قطرات بول في ملابسها تدفعها إلى الاستحمام (وظهرت هذه الحالة لديها عندما كانت في بلدها الأصلي إلا أنها زالت في ما بعد). قام المعالج بالحوار مع المريضة وطلب منها الذهاب إلى طبيببة نسائية للتأكد من عدم وجود سبب عضوي، بعدها تبين للمعالج بأن هذه الأحاسيس وهمية ولا أساس لها من الصحة، وطلب من المريضة اختبار ذلك عملياً بوضع منديل ورق ماص للماء ثم مراقبة هذا المنديل كلما شعرت بذلك. وتأكّدت المريضة عملياً عدم وجود قطرات بول في ملابسها الداخلية وأن هذه الأحاسيس كاذبة، وأن عليها السيطرة على هذه الأحاسيس ثانية وبكل إرادة وثقة وعقلانية كما فعلت في السابق. وتحسّنت حالتها بشكل واضح. إلا أن بعد مضي أسبوع على ذلك اتصلت الأم هاتفياً بسبب عودة المريضة إلى الاستحمام يومياً، وتبين أن المريضة كانت تناد مع ابنة أخيها الطفلة، عمرها (٥ - ٦) سنوات، وهذه الطفلة تعاني من تبلول لإرادي ليلي، لهذا طلب المعالج نقل الطفلة إلى غرفة ثانية، وحثّ المعالج المريضة ثانية

على مقاومة أي أحاسيس كاذبة والسيطرة عليها. وتبين من حالة المريضة العلاقة الواضحة بين تكرار السلوك الوسواسي، والزمن الذي يستغرقه وبين حالة الاكتئاب والتوتر لديها. لهذا فإن العلاج الطبي الدوائي ساعد كثيراً في عملية العلاج وحفز أعراض الاكتئاب (الشهوانية) التي كانت تسببها. وساعدتها على تحمل السلوك الوسواسي ومواجهته.

### الحالة الثالثة:

#### حالة خوف من المناطق المغلقة (Claustrophobia):

حالة المريضة (س)، وافدة، العمر تسعة عشر عاماً، طالبة ثانوية، رقم الملف الطبي (191-F)، حضرت مع والدتها في (٢٦/٢/٢٠٠٣م) إلى العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي محولة من الصحة المدرسية، ومن قسم التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) (Magnetic Resonance Imaging) في مستشفى الجزيرة وذلك بسبب خوفها من التصوير. المريضة تعاني من بعض التشنجات ومن حالة صداع حادة. لم تكشف التحاليل الطبية والتصوير الطبقي المحوري (C. T. Scan) والرسم الكهربائي للمخ عن وجود خلل أو اضطراب، المريضة وزنها (٧١) كغ، ممتلئة، وكان أهلها قد أحضروها إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي ثلاث مرات، وفي كل مرة كانت تصاب بالخوف والغزغز والتوتر والبكاء إلى درجة أن محاولات الممرضة والأهل فشلت في إقناع المريضة ببساطة وضرورة إجراء هذه الصورة (وكغيرها من الناس الذين يجرون هذه الصورة دون أي خوف أو توتر) لاحظ أهل المريضة والممرضة بأن حالة المريضة ليست عادية، وأنها تبلغ بأعراض الخوف والتوتر إلى درجة الانهيار عندما يتم الإلحاح عليها لإجراء الصورة، أو تهديدها باستخدام التسوية أو استخدام التخدير... أو ما شابه ذلك، ولم تفجح كل وسائل التشجيع والإقناع، لدى المريضة قدرة على الاستبصار والتوجه، قدراتها العقلية عادية، كلامها واضح، أفكارها مترابطة (Coherent)، حالتها المزاجية أكثر ميلاً إلى الحزن والاكتئاب مع شيء من الترفزة والعصبية.

تبين من مقابلة المريضة ودراسة تاريخ حالتها وسمات شخصيتها (قبل المرض) أنها من النوع الخجول الحساس، المنطوي، الذي يشعر بالضعف، ويستثار بسرعة،

عصبية المزاج أحياناً، تميل إلى كبت مشاعرها وأفكارها، أنشطتها محدودة وصدقاتها قليلة، مستواها الدراسي دون المتوسط، غير راضية عن نفسها بشكل عام (Self-Concept)، علاقتها مع والدتها وأفراد أسرتها ليست على ما يرام بسبب وجود

علاقة متوترة بين المريضة وأهلها، حيث كانت تفتقر إلى الدعم النفسي المقابلة المريضة لمدة ساعة واحدة بهدف جمع المعلومات عن حالتها تمهيداً لوضع خطة لعملية علاج مكثفة لا تزيد على أسبوع واحد، وتبين من خلال المقابلة الأولى أن الأم وبسبب توجيهاتها وحمائتها الزائدة لأولادها أسهمت بشكل غير مباشر في تنمية الخوف من الأماكن المغلقة وغير المضاءة بشكل كاف، والخوف من اعتداء الآخرين... لدى ابنتها.. إلخ. من ناحية أخرى تبين أن المريضة عندما كانت طفلة في عمر ١١ سنة ذهبت لشراء بعض الحاجات المدرسية من إحدى المكتبات المجاورة للمنزل، وكان ذلك في الفترة المسائية، والطريق إلى المكتبة خالياً إلى حد ما من المارة، وعندما دخلت المريضة المكتبة وطلبت ما يلزمها طلب منها صاحب المكتبة أن تدخل إلى القسم الداخلي لتختار ما تريد وكان هذا القسم ضيقاً وذا إضاءة خافتة. وبعد أن دخلت بدقائق فوجئت بالبائع يقترب منها ويحاول الاعتداء عليها، إلا أنها وبسبب صراخها ومقاومتها استطاعت أن تفرّ من المكتبة وهي في حالة رعب شديد، وعادت إلى المنزل وهي تكبت مشاعرها، خشية أن تلقى الضرب والعقوبة من أسرتها وخاصة والدتها (التي كانت من النوع المسيطر)، وبقي كل شيء مكتوباً لديها حتى أن الإحساس بالخوف والتهديد والرعب وصورة الموقف بشكل عام بقي يلاحقها دون أن تستطيع التخلص من هذه الصورة. وتدرجياً أصبحت المريضة تخاف من كل مكان ضيق، ومن الوحدة... المريضة تدرك غرابة مخاوفها، إلا أنها تقول أن ليس لديها قدرة السيطرة على مخاوفها، بل أصبحت تخاف من معظم الأماكن المغلقة التي تشبه بشكل ما الموقف الذي مرت به (عملية تعميم)، ومما لا شك فيه أن كبت هذه المشاعر والصور الذهنية الضعيفة للموقف السابق صاحبه صراع داخلي مؤلم بين إقدام وإحجام. هذا الصراع (حسب مدرسة التحليل النفسي) تحول إلى مواقف خارجية رمزية على شكل خوف مرضي، فالخوف من الوحدة قد يكرن بديلاً من الخوف من الموت، أو الاعتداء. كما أن الخوف من

المدرسة قد يكون بديلاً من الانفصال عن الأم، إذا خوف المريضة عبارة عن عملية دفاع نفسية لحمايتها من تذكر هذه المواقف المستهجنة أو المؤلمة التي مرّت بها (مواقف جنسية أو عدوانية مع تهديد للذات). وحسب المدرسة السلوكية إن (Conditioning) وأصبحت تخاف من بعض المواقف المشابهة للمواقف السابقة (كلياً أو جزئياً). وهنا فإن الخوف من الدخول في حجرة التصوير يبعث لديها وبشكل لاشعوري أو شعوري صورة الموقف المؤلم السابق، وقام الاختصاصي النفسي بتحديد الأفكار الخاطئة والتصورات الذهنية السائدة لدى المريضة عن عملية التصوير بالرنين المغناطيسي للعمل على تصحيحها في إطار علاج نفسي سلوكي - معرفي واستخلص الأفكار التالية:

- ١ - إنني أتصور حجرة التصوير في جهاز (MRI) وكأنه قبر أو تابوت يدخل فيه المريض.
- ٢ - أخاف من الدخول في حجرة التصوير من الاختناق (Choking) أو الموت.
- ٣ - إذا حدث لي مشكلة (أو مكروه) في داخل الحجرة لا أحد يسمعي أو يساعدني.

(\*) ملاحظة: التصوير بالرنين المغناطيسي هو عبارة عن وسيلة تشخيص دقيق وواضح لأعضاء الجسم الداخلية، وهو فحص آمن ليس فيه إشعاعات ضارة أو مخاطر، وهذه العملية تعتمد على وضع جسم المريض داخل مجال مغناطيسي كبير تصدر عنه موجات تنتقل إلى جسم المريض ثم ترتد عنه موجات أخرى يلتقطها الجهاز، ثم يتم تكوين الصورة من طريق الكمبيوتر، ويستغرق وقت التصوير عادة بين (٣٠ - ٩٠) دقيقة وذلك حسب نوع الفحص الذي يستهدفه التصوير، ويتم تحضير المريض مسبقاً، حيث تتم إزالة المواد المعدنية كإزالة عنق المريض مثل (المجوهرات، النظارات، ملاقط شعر، أجهزة تقويم الأسنان وجسور الأسنان... الخ)، وبعض المرضى يجب ألا يتعرضوا لهذا النوع من الأشعة إذا كانت أجسامهم تحتوي على أحاسد معدنية غريبة مثل منظم ضربات القلب، صمامات قلب صناعية، سماعات أذن، صفايح لمعالجة الكسور، مشابك جراحية، دبابيس عظام، زراعة قوقعة الأذن، أنسجة معدنية مزروعة... المريض يجلس على طاولة مريحة بعد تغيير ملابسه، ثم يوضع جهاز حول العضو المطلوب تصويره، بعدها تتحرك الطاولة نحو داخل الجهاز الذي يكون على شكل أنبوب طويل، وعلى المريض ألا يتحرك، ويمسك بيده جهازاً صغيراً للخروج من الجهاز عند الضرورة، والجهاز يصدر أصوات مرتفعة لذلك يعطى المريض سدادات للأذن.

- ٤ - أشعر بأن حجرة التصوير ضيقة جداً ولا يوجد مكان للتنفس أو الحركة.
- ٥ - أخاف من الأصوات المزعجة التي يحدثها الجهاز في الداخل (لأن الممرضة قالت لي إنها ستضع سدادات في الأذن لتفادي هذه الأصوات).

١ - الصور المسجلة المعنوية في داخل الجهاز سيجدي بسده وقد أصبح بعدها الفكك أو طلب المساعدة (وكانت المريضة شاهدت صورة حقيقية معلقة عند المدخل الخارجي لجهاز التصوير تشير إلى أن في إمكان هذا الجهاز وبسبب شدة المغناطيس التقاط أو جذب كرسي معدني وضع خارج الجهاز).

يلاحظ أن المريضة لم تذكر إلا بعض الأفكار المتعلقة بتصورات سلبية تعزز الخوف لديها ونسيت تماماً مرضها وفوائد التصوير بواسطة (MRI) وهذا ما سيركز عليه المعالج في عملية العلاج النفسي المعرفي ودحض هذه الأفكار السلبية (في ما بعد).

وفي ضوء حالة المريضة والبيانات العامة حولها، وبالتعاون مع قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى (الاختصاصي الفني والممرضة) ووضعت خطة علاج تضمنت إجراء مجموعة جلسات علاجية نفسية مكثفة تتم خلال أسبوع واحد، وبمعدل جلسة واحدة يومياً من الساعة (١٢،٣٠ - ٢،٣٠) ظهراً، وتتم هذه الجلسة في مستشفى الطب النفسي. (وبعد انتهاء الدوام في المستشفى) يتم نقل المريضة إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى (حيث لا يوجد ممرض في هذا الوقت عدا ممرضة القسم وبعض المسؤولين الفنيين للمساعدة) ووُضعت الخطة التالية للعلاج.

- ١ - العلاج الدوائي بمضادات الخوف والقلق والتوتر (وذلك إذا فشلت محاولات العلاج النفسي الثانية) حيث تعطى المريضة حبة واحدة من الأدوية التالية (Xanax) (٠,٥) ملغ، (Inderal) (٥) ملغ أو (Ativan) نصف حبة أو حبة من عيار (١) ملغ ويكون ذلك تحت إشراف طبي، وقبل مدة ساعة إلى ساعة ونصف من إجراء التدريب على الجهاز مباشرة. (وقد استبعد العلاج الدوائي في هذه الحالة حيث استجابت المريضة إلى العلاج النفسي).

## التصوير بالرنين المغناطيسي



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

- ٣ - تدريب المريضة على الاسترخاء والتحكم في التنفس، أو التخلص منها واستبدالها بأفكار إيجابية، تعزيز عملية التصوير.
- ٤ - التدريب على الاسترخاء (التصيير) وإجراء عملية التحصين المنظم التصوري والواقعي.
- ٥ - العلاج بالتمذجة، حيث تتم مشاهدة طفلة مريضة تقوم بالإجراء نفسه دون خوف أو توتر (كان قد تم تحديد موعد سابق لها).



## العلاج النفسي الاستبصاري (Insight Psychotherapy):

لم يتطرق المعالج إلى أسلوب التحليل النفسي التقليدي في العودة إلى صراعات الطفولة ومخاوفها وذلك لتفسير حالة المريضة (وهو أسلوب يختلف عن أسلوب علاج اسوحي)، وحينه نظر إلى بعض الانجازات المعاصرة في التحليل النفسي والتي تهدف إلى زيادة قدرة المريضة على فهم أفكارها ومشاعرها، وسلوكياتها، والعلاقة بينهما، وبالتالي الوصول إلى بعض المعاني المجهولة لدى المريضة، وزيادة وعيها، بالمؤثرات البيئية والعلاقات الشخصية، والعوامل النفسية الداخلية التي تخلق مثل هذه المخاوف، ومن أجل تكوين أفكار واقعية عن مشكلتها وذاتها وعن الآخرين... فتصبح المريضة مسيطرة على حالتها، ومساهمة في علاجها.... وباختصار هذا الشكل من العلاج يجعل المريضة تعرف كيف تنظر إلى نفسها وإلى مشكلتها بشكل صحيح، دون مبالغة أو تضخيم، مما يحرر قدراتها وإرادتها على العمل بعيداً عن المعلومات أو التفسيرات الخرافية أو الساذجة مثل الاعتقاد بالحسد، أو السحر أو اللبس، أو سوء الحظ أو غير ذلك...

المريضة شعرت باهتمام المعالج النفسي وبتقبله لها ولمشاكلتها، وبالاستماع إليها ومساعدتها على تخطي مشكلتها (ليست مشكلة التصوير بالرنين المغناطيسي فقط بل مشكلات النفسية والأسرية الأخرى) وجعلها تعبر عن مشاعرها وأفكارها بحرية تامة وتلقائية (تنفيس عن المشاعر) (Catharsis)... وهذا ما زاد من مشاعر الثقة والطمأنينة لدى المريضة وخاصة عندما علمت أن من مبادئ الطب النفسي أو العلاج النفسي الحفاظ على سرية المعلومات وخصوصية المريض وفي الوقت نفسه إتاحة الفرصة للمريض في أن يعبر عن مكبوتاته وأفكاره دون خوف أو حرج أو نقد (جماعة العلاج السلوكي لا يهتمون كثيراً بالعلاقة العلاجية مع المريض كما هو لدى جماعة التحليل النفسي الذين يستفيدون من هذه العلاقة في عملية تفسير التداعي والتحويل، والتحويل المضاد، والمقاومة، والأحلام... العلاقة هنا سطحية موقفية تهدف إلى تحقيق موقف علاجي هادئ يسوده الثقة والطمأنينة وعدم الخوف أو المقاومة...). وفي ضوء العلاج الاستبصاري دار الحديث بين المعالج (الاختصاصي النفسي) والمريضة على النحو التالي:

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

**المريضة -** سبب... إنني علمت منذ صغرت ليس مرراً عارياً وحيرت نفسي ولكنني مع ذلك أشعر بالتوتر والخوف الشديد، والرفض أو التجنب دون أن أستطيع مقاومة ذلك.

**المعالج -** هل مصدر خوفك هذا جهاز التصوير، أو غرفة التصوير، أم أن مصدر خوفك هو أمر آخر، أريد أن أعرف ما هو الشيء الذي يخيفك بالتحديد؟

**المريضة -** إنني أشعر بالخوف من أن أتعرض إلى اختناق، أو ضيق تنفس أو الموت... أشعر بالرعب وبتسارع ضربات قلبي... لمجرد تصور دخولي غرفة التصوير.

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

**المريضة -** ضِعُماً لا... إن ما يحدث لي لم يحدث لآخريات. لقد شاهدت حالات كثيرة في حجرة التصوير، حتى الأطفال الصغار لا يخافون... ولكنني يا دكتور لا أعلم ما هو السبب في حاجتي، ولا أجد مبرراً لها، وقد فشلت مرات عدة في تجاوز هذه المخاوف.

**المعالج -** إذاً يمكنك القول إن الجهاز (جهاز التصوير) وغرفة التصوير والمكان بشكل عام وعملياً التصوير ليست هي مصدر الخوف، وإنما هناك سبب آخر في نفسك، أو تفكيرك... يجعلك تخفين من ذلك.

**المريضة -** أعتقد ذلك، ربما يكون التوتر والقلق الذي يتسببني، وحوفي من الموت أو من أن يحدث لي حادث وأن وحيدة داخل حجرة التصوير ولا يوجد من يساعدني أو يدري بحالتي هو السبب وراء

غالباً ما تؤدي إلى إعاقه عملية العلاج، ولأن هذه العملية تحتاج إلى وعي وإرادة واستبصار وهذا ما أتوقعه منك، إن قدرتك على مواجهة الموقف دليل على وجود إرادة ووعي وتفكير سليم ومفيد.

السريسة - حد سبيع وساميل على نسبه محبي سر السريسة  
المعالج - إذا علينا في بادئ الأمر أن نفكر تفكيراً منطقياً، وأن نصحح بعض أفكارنا الخاطئة حول عملية التصوير بالرنين المغناطيسي، وأن نبدأ بالحديث عن فوائد التصوير بالرنين المغناطيسي، وعلمياً إن تصحيح هذه الأفكار سيؤدي إلى تصحيح مشاعرك وأحاسيسك وهذا بدوره يؤدي إلى تصحيح سلوكك الخوف لديك.

### العلاج النفسي السلوكي - المعرفي

(Cognitive-Behavioural Psychotherapy):

لقد ذكرت سابقاً بعض تصوراتك الفكرية عن جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي، وسرى أن معظم هذه التصورات خاطئة من الناحية الواقعية، وقد أدت حالة الخوف والقلق لديك من تشويه هذه الأفكار وإبعادها عن الواقع، وعلينا أن نذكر أن الجهاز صُمم بشكل آمن للمريض بنسبة (١٠٠ في المئة) ولا يصيب المريض بأي أذى أو خطر. ثم إن عملية التصوير بالرنين المغناطيسي أكثر فائدة ودقة في تشخيص الأمراض الجسمية من أي عملية تصوير أخرى، وهي لا تستخدم الأشعة التي قد يكون لها مضاعفات أحياناً. ويوجد في داخله جهاز تهوية، وإضاءة، ومرآة عاكسة تعكس صورة المريض إلى جهاز غرفة الكمبيوتر، بالإضافة إلى وجود جهاز صغير على شكل كرة مطاطية يقبض عليه المريض ويضغط عليه عند الحاجة فيخرج خارج الجهاز مباشرة، ثم إن فترة التصوير قصيرة، وما على المريض إلا التظاهر بالنوم أو الاسترخاء فقط، وهناك طفل ونساء ومسنون يقومون بإجراء هذه الصورة بسهولة ويسر، وسنشاهد معاً في زيارتنا التالية إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي أجزاء الجهاز، وكذلك يمكننا سؤال بعض المرضى الذين قاموا بإجراء هذه الصورة عن خبرتهم وانطباعاتهم، علماً أن بعض المرضى يكررون إجراء مثل هذه الصورة، كما أن بعض الأطباء يؤكدون عليها لمائدتها وأهميتها في عملية التشخيص والعلاج، ويوجد وسطياً

ذلك، كما قد تكون الضغوط النفسية والمشكلات الأسرية هي سبب ذلك، وبشكل عام لا أستطيع تحديد سبب مشكلتي!

المعالج - لكن بإمكانك القول إن السبب يرجع إليك، وفي داخل نفسك ريبس من -بهار و من منية مسوير، و روع يا مسورت وأفكارك حول عملية التصوير هو السبب وراء خوفك، هل هذا صحيح؟

المريضة - أعتقد ذلك.

المعالج - هل تعتقدين أيضاً بأن سبب مشكلتك حسداً أو سحراً، أدى إلى تكبيل إرادتك، وجلب إليك هذه المخاوف والتوترات...؟

المريضة - أنا إنسانة مؤمنة بالله، وأقرأ القرآن وهذا يدفع عني الحسد والشر بإذن الله...

المعالج - مرة أخرى نجد أن لا مبرر خارجياً لهذا الخوف، ونفهم من ذلك أن السبب غالباً ما يكون داخلياً أي يرجع إليك أنت وإلى تفكيرك، وما يتناوب من صور عقلية وتفسيرات خاطئة حول عملية التصوير.

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

المعالج - أريدك أن تكوني على قناعة بذلك، لقد حققت تقدماً في فهمك لمصدر المشكلة التي تعانين منها، من ناحية أخرى علينا أن نفهم أن المشكلة إذا كانت نابعة من داخلك فإن علاجها لا بد وأن يعتمد على جهدك ومساعدتك، ما رأيك بذلك؟

المريضة - صحيح وأنا سأضع كل جهدي في علاج حالتي وبمساعدتك يا دكتور.

المعالج - نعم، هذا ما سيحدث بالضبط عند تطبيق خطة العلاج، ولكن قبل البدء بذلك على المريضة أن تعي جيداً أن حالة الخوف والقلق والتوتر الشديد من شأنها أن تثبط إرادة المريضة وقدراتها الفكرية والنفسية عنى مواجهة الموقف، وتجعلها تشعر بالضعف، والحزن والكآبة، وعدم الاهتمام. كما أن الأفكار والمشاعر النسبية السلبية



أوضح المعالج للمريضة أن هناك طرقاً بسيطة تفيد في إضعاف حالة الخوف والتوتر أو القلق الذي يصاحب مواقف الشدة النفسية، وهذه الطرق مستمدة من تجارب ودراسات علمية عديدة (مثل طريقة التأمل، واليوغا، والريكي، والبرمجة).  
 الذي يصحبه خفض لشدة الخوف والقلق، هذا بالإضافة إلى وجود نصائح علمية عامة تفيد في هذا المجال وهي سهلة التطبيق لو تدرّب الإنسان عليها، مثلاً على الإنسان المتوتر تأجيل بعض المهام (يوميّاً أو أسبوعياً) لمصلحة عملية الاسترخاء، وألا يجبر نفسه على مراقبة الزمن أو عقارب الساعة، وعليه أن يتمتع (في بعض الأوقات) على التحرر من ضغط الزمن، وأن يكون قادراً على قول (لا) دون خوف أو حرج، وأن يتعدّد قدر الإمكان عن مشيرات الانفعال والغضب، وأن يفكر بالأمور السارّة الباعثة على الأمل والراحة النفسية، وأن يتذكر أن الأدوية لا تزيل المشكلات بشكل كليّ، وعلى الإنسان أن يحترم ذاته. فالتوتر النفسي والخوف مؤثران على رفض وضعف الذات. وأن يقوم باسترخاءات ذات مدة قصيرة كل يوم، وأن ينتبه إلى أسلوب تنفّسه، ويلاحظ في ما إذا كان يضغط على أسنانه وفكّيه دون أن يشعر، ويلاحظ تقطيب الحاجبين، وعضلات الوجه، والرقبة، والعضلات عموماً، ولا يكبت مشاعر الغضب لديه، وأن يراقب انفعالاته وسلوكياته ويستطيع السيطرة عليها وتوجيهها بشكل صحيح.

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

يوميّاً (٨ - ١٠) مرضى يقومون بعملية التصوير هذه، إذا لا مبرر للخوف، أو مبرر للتفكير بالاختناق أو للاعتقاد بأن لا أحد يسمعي أو يساعدي، إن المريض يبقى على حالة اتصال مستمرة مع الممرضين والعاملين الفنيين أثناء عملية التصوير،  
 والجهاز (المنبّه) الصغير للخروج من حجرة التصوير متى أراد. ونستخلص من ذلك أن لا وجه للمقارنة بين القبر أو التابوت وبين جهاز التصوير، وأن أفكار الخاطئة هي التي كانت تعزّز عملية الخوف والتي سنستبدلها بمساعدتك بأفكار إيجابية تعتمد على أسس علمية، تدفعك نحو قبول عملية التصوير.

**المريضة -** إنني لا أعرف ذلك وكل تصوري أن المكان مخيف، وضيق، ويحتبس فيه المريض دون أن يساعده أحد.

**المعالج -** سنرى في زيارتنا المقبلة جهاز التصوير ومواصفات السلامة كما هي في الواقع.

قرّر المعالج وبصحبة المريضة زيارة قسم التصوير بالرنين المغناطيسي في المستشفى مباشرة بعد هذه الجلسة العلاجية، لمشاهدة جهاز التصوير وسماع بعض الشروح المفيدة حوله (من قبل ممرضة القسم). وتمّ ذلك فعلاً، مما أدّى إلى تعديل بعض أفكار المريضة وتصوراتها الخاطئة عن عملية التصوير واستبدالها بتصورات واقعية إيجابية صحيحة تدحض الأفكار السابقة وتعزّز لدى المريضة الدافعية للقيام بعملية التصوير.

### التدريب على الاسترخاء والسيطرة على الذات (Relaxation Training and Self-Control):

دُرّبت المريضة على الاسترخاء باستخدام طريقة التخيل الموجه (Guided Imaginary) وتوليد الأفكار (Autogenic) كما لاحظنا في الحالة رقم (١)، وقد

**ملاحظة:** لم يتمّ المعالج أثناء التدريب على الاسترخاء باستخدام أجهزة التغذية الراجعة الحيوية، كما لم يتمّ بتحديد الخط القاعدي للاسترخاء لدى المريضة وذلك بسبب ضيق الوقت وضرورة إجراء تدريبات مكثفة.

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

**المشهد الأول:** المريضة في طريقها إلى المستشفى وباتجاه قسم التصوير بالرنين المغناطيسي. والمريضة تبقي على المشهد نحو ثلاثين ثانية، ثم ستريح لمدة خمس ثوان، ويكرر المشهد مرات عدة (نحو 5 - 6) مرات حتى تألف المريضة المشهد دون أي خوف.

**المشهد الثاني:** المريضة تدخل قسم التصوير بالرنين المغناطيسي بصحبة المعالج (كانت المريضة قد عرفت على هذا القسم سابقاً)، تقف أمام جهاز التصوير وتنتظر إليه وإلى جانبها مريضة يتم تحضيرها من قبل الممرضة لإجراءات التصوير، وهذه المريضة بحالة راحة واسترخاء، ويكرر هذا المشهد مرات عدة (5 - 6) مرات، ومدة المشهد نحو ثلاثين ثانية، مع استراحة وسطياً في حدود (5) ثوان.

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

كان المعالج في كل مشهد من هذه المشاهد يلاحظ ردود فعل المريضة وقدرتها على استحضار هذه المشاهد في ذهنها مع الحفاظ على الهدوء واسترخاء الجسم، وبهذا الشكل درست المريضة على عملية التحصين المنظم التصوري كخطوة تسبق إجراءات التصوير الواقعية.

كما قام المعالج بتدريب المريضة على مشاهدة نموذج واقعي لعملية التصوير داخل قسم التصوير (العلاج بالتمذجة)، وهذه التدريبات كلها بالإضافة إلى عملية التشجيع وشحن إرادة المريضة ساعدت المريضة على أن تذهب في الموعد

المحدد لها وبصحبة أهلها والمعالج إلى قسم التصوير بالرنين المغناطيسي وحضرت لإجراءات التصوير، وقامت المريضة بتنفيذ عملية الاسترخاء وإغماض العينين عندما دخلت في أنبوب الجهاز (vivo Desensitization) وتمت عليه (35) دقيقة، وشعرت المريضة بعد انتهاء عملية التصوير بثقتها بنفسها واحساسها بالنجاح، وتخلصت من مخاوفها. تابعت المريضة إجراء جلسات تادعيمية لمواجهة مثل هذه المواقف (الخوف من الأماكن المغلقة) في الحياة العادية.



## ١٠٠ ملاحظات وتقييم حول طريقة الكف بالتقيض:

في نهاية الحديث عن طريقة الكف بالتقيض والعلاج النفسي السلوكي لجوزيف ولبي لا بد من الإشارة إلى بعض انقضاءات عملية والنظرية التي أثارها ه النظرية من العلاج السلوكي. في الواقع لم يناقش ولبي بعمق وجهة نظره أو نظريته عن الكف بالتقيض، وهو يعترف ببساطة بأن نظريته عن الكف بالتقيض تحد إلى مزيد من التمهيج والثبات والتطوير. والعديد من المعالجين النفسيين يروون بأنهم يقدم نظرية متكاملة عن تطور السلوك العادي، وغير العادي، وكذلك إراراته عن العلاج ناقصة، وهو قام بعملية تبسيط مدهشة (Oversimplified Scrib) في عرضه للتعليم البشري وكيف تكسب استجابات التخوف أو القلق في وقتها بتتابع الأحداث الموقفة، ونجده تارة يبيني موقفه على مبدأ خفض الدافع، مرة أخرى نجد في وصفه العادي لعملية التعلم يعتمد على مبدأ الاقتران والشدة أكثر من اعتمده على مبدأ خفض الدافع. إن نظريته تساعد على اقتراح تكتيات جديدة يمكن أن تكون جذيرة بالاعتبار، إلا أننا نلاحظ أن تكتيكاته (طرائقه) ذوو وكأنها منقسمة عن نظريته. إن نظرية ولبي يمكن أن تفسر بعض أشكال الاضداد والسلوك وبحسب الاعتراف بأنه لا يمكن تطبيق نظريته بشكل تام، فالخبرات السلوكية الإنسانية تعودنا لأن نعتقد بأن ولبي لم يعالج بعض العوامل الحاسمة في نظريته (Crucial Factors) وكان مقترراً (Parsimoniously) في أوله أو شروحه ويبدو أن رغبته في تبني الإجراءات العلاجية التقليدية، والبحث عن طرق أخرى جعلته يعثر عن اتجاهه في مواجهته لهذه الإجراءات العلاجية بتل عرضه لمجموعة من الانتقادات الهامة، وخاصة أن تحليله للاستجابات الزائدة (الأفكار والتصورات...) لم يكن كافياً بالرغم من وجود دلائل على أن الاستجابات الزائدة تتوسط كلاً من تعميم السلوك وتمييز هذا السلوك (Discrimination)، معظم الناس

يتحكمون في سلوكهم بواسطة استجاباتهم الرمزية الواعية، وإدراكهم للمواقف، الاضطرابات الشخصية كلها تتضمن هذه الاستجابات الرمزية. إن من طبيعة السلوك الإنساني أنه أكثر تعقيداً وفاعليةً من سلوك العضويات الحيّة الأخرى، وذلك لأن

الإنسان درجة لا يستهان بها من الاستقلالية عن التأثيرات الآلية.... ومع ذلك يبدو أن تقنيات ولبي العلاجية تعتمد في مضمونها على هذه الاستجابات الرمزية. إن طريقة ولبي لا تخلو من نقد ومن ملاحظات، ويأمل علماء النفس بأن يكون عرض ولبي لطريقته في الكفّ بالنقيض يمثل الخطوة الأولى له (Wolpe First Step) في اتجاه تطوير تام وملائم لنظريته. ولقد وعد ولبي في كتاباته ومناقشاته أن يقوم بذلك، ويبدو أنه يقترح أن الخطوة الأولى في العلاج النفسي ليست تغيير طريقة التفكير لدى المرضى، وإنما أيضاً تغيير أو تعديل سلوكه المضطرب. إن مثل هذا الاقتراح الذي نتحسسه في طريقة ولبي يستحق المتابعة. وفي ما يلي أبرز الملاحظات التي أخذت على طريقته الكفّ بالنقيض:

١ - إن جوزف ولبي صاحب طريقة الكفّ بالنقيض وكطريقة في العلاج النفسي السلوكي يشير إلى أن طريقته فعالة وبشكل واضح في مجال العلاج النفسي، وهو يرى أن تحسّن الأعراض العصابية هو المعيار الثابت والوحيد لفعالية العلاج. ويضع ولبي خمسة معايير (Criteria) عامة لتقدير فعالية العلاج. وهذه المعايير هي:

أ - تحسّن الأعراض (The Symptoms) وزوالها والعودة إلى الحياة الطبيعية التامة.

ب - زيادة الإنتاج والفاعلية، والقدرة على التركيز والتوجيه، والفهم.

ج - تحسّن مستوى التكيف والمتعة في العلاقات الجنسية والإحساس بالراحة في ذلك.

د - تحسّن الوضع الشخصي للعميل وتحريره من صراعاته، وتوتراته...

هـ - زيادة قدرة المريض على الفهم الواقعي، وزيادة استبصاره بمشكلاته ودوافعه، وقدراته.

ولا يشترط توافر جميع هذه المعايير لتحسن الحالة. كما أن هذه

المعايير يجب أن تكون واضحة ومميزة لدى المريض. ويضرب ولبي مثلاً على ذلك بأنه قد لا يوجد لدى بعض المرضى عجز في السلوك الجنسي الذي يحصل بشكل طبيعي، لذلك فإننا لا نتوقع أي تحسّن في

البيانات المستمدة من ثلاثة مصادر، هي اعتراف المريض بأن التغيرات التي حدثت له مقبولة ومميّزة وذات قيمة ظاهرية، وكذلك تقارير الآخرين المحيطين بالمريض وتأكيداتهم بتحسّن حالة المريض، والملاحظة الإكلينيكية للمعالج بالإضافة إلى التغيرات التي تطرأ على درجات المريض في اختبار (ويللوبوي) قبل العلاج وبعده (أو نتائج المقاييس الأخرى). ويذكر ولبي بالاعتماد على معياره السابقة أن نسبة تقدر بنحو ٩٠٪ من الحالات من أصل ٢١٠ حالات قد تحسنت حالتهم تماماً ودون انتكاس، وكان متوسط عدد المقابلات العلاجية التي أجراها نحو (٢٥ - ٣١) مقابلة لكل حالة. وقد وجد بأن هناك علاقة بين كمية العلاج ومقدار التحسّن (كمية العلاج أي عدد الجلسات العلاجية) وهذه العلاقة طردية.

ويأمل ولبي بأن تتحقق هذه النتائج أيضاً من قبل معالجين آخرين، وأن يكون ذلك في الوقت القريب، والواقع أن هذه النسبة المرتفعة من التحسّن يجب أن تؤخذ بحذر، حيث يمكن أن تثير هذه النتيجة بعض الاسئلة، ويدرك ولبي أنه لكي يمكن مقارنة الأرقام والنسب التي أوردتها، وكدليل على نجاح طريقته بالأرقام المستمدة من نجاح الطرق الأخرى، والتي سجلت أرقاماً أقل، فإن هناك افتراضين أساسيين لا بد من أخذهما في الاعتبار حتى تعتبر هذه المقارنة صحيحة. الافتراض الأول هو أن تكون الحالات التي عولجت بطريقة ولبي والحالات التي عولجت بالطرق الأخرى متشابهة، وليست مختارة بطريقة ما تجعل النتائج متحيزة لبعض الطرق على حساب الطرق الأخرى، ولا يوجد دليل لتأييد هذا الافتراض أو رفضه لأن ولبي اقتصر في علاجه على بعض الحالات العصابية، وكذلك فإن الحالات التي أوردتها ولبي يبدو أن بعضها كان

شديداً، ومعظم الحالات كانت من النوع الخفيف جداً. والافتراض الثاني هو أن يكون معيار النجاح أو التحسن الذي استخدم للحكم على طريقة وليي والطرق العلاجية الأخرى واحداً، والواقع لا يوجد دليل على ذلك. كما أن نسبة التحسن في حالات الكف التي اعتبر العلاج فيها ناجحاً - وهذه الحالات لم تكن ضمن الجداول التي قدمها - . أما الحالات التي لم تستفد كثيراً من العلاج فقد اعتبرها وليي مناسبة ويمكن أن تتحسن، إذا قدم لها قدرًا معقولاً من أسلوب الكف بالنقيض الذي يبدو موافقاً لكل حالة، وهذا الشكل من الاختيار للحالات يجب أخذه في الاعتبار عند أي تقويم، وقد أشار ستيفنسون (Stevenson) إلى أنه إذا تمَّ بطريقة ما جمع الحالات التي سجلها وليي ووضعها في الاعتبار. وقوبلت هذه الحالات بمقابلة كاملة واحدة على الأقل، فإن نسبة النجاح التي صرَّح بها وليي تنخفض إلى ٦٥٪ عوضاً عن ٩٠٪، ومع ذلك فهي نسبة عالية مقارنةً بالعلاج النفسي التحليلي الذي تتراوح نسبة التحسن فيه وسطياً ٣٥ - ٤٥٪ من الحالات العصبية، مع حالات انتكاس قد تصل إلى نسبة ٦٠٪ بينما لا تتعدى نسبة الانتكاس في حالات العلاج السلوكي ١٠ - ١٥٪ (جوزف وليي، ١٩٦٤).

٢ - إن طريقة الكف بالنقيض يتركز العلاج فيها على العرض الخارجي دون التطرق إلى ما يكمن وراء هذه الأعراض من أسباب حقيقية مثل الصراعات النفسية اللاشعورية، والعقد النفسية، وعمليات نفسية داخلية مثل الدوافع، والحاجات، والميول، والاتجاهات، والإحباطات... ومع أن مثل هذه الأمور موجودة لدى الفرد المريض إلا أن المريض قد لا يشعر ببعضها أحياناً. وهي عندما تشتد وتكرر تظهر بشكل عرض خارجي كالخوف والهستيريا، والقلق، والتبول اللاإرادي، واضطرابات الشخصية... والسؤال الذي نطرحه في هذا المجال هو: لماذا تتجلى هذه العوامل الداخلية بشكل عرض معين ولم تظهر بشكل عرض آخر؟ وهل هناك محددات لذلك؟ وما هي طبيعة العلاقة بين ما يجري في أعماق الشخصية من صراعات (هي الأسباب الحقيقية وراء

الأعراض كما يرى أصحاب التحليل النفسي) وبين هذه الأعراض الظاهرة. فإذا صحَّ وجود علاقة بين الداخل والخارج فإن محاولة تغيير استجابة بأخرى، أي عرض مرضي بعرض آخر سليم كما رأينا في طريقة الكف بالقبول، قد تكون ناجحة. طالما أبقينا على الأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الأعراض (جذور المشكلة). وكذلك نتوقع حدوث انتكاس لأن هذه الأسباب العميقة ستعبر عن نفسها بشكل عرض مرضي أو آخر... وهنا يصح اتهام مدرسة التحليل النفسي لهذه الطريقة، وما لدى وليي من أدلة تجريبية غير كاف لحسم الخلاف في ذلك. إن المعيار الرئيسي لمدي فاعلية طريقته في العلاج هو تحسُّن العرض (The Symptom). ويبدو أن وليي يتفق مع هانز آيزنك في رفض فكرة وجود عوامل أو أعصاب في داخل الفرد وتختفي تحت الأعراض أو تسببها، فالموجود هو العرض فقط، وإذا شفيت الحالة من العرض تكون قد تخلصت من المرض أي من العصاب. ولكن المتفحص لطريقة جوزف وليي وتجاربه لا يظهر له أن أيًا من الحالات التي عالجها وليي قد أظهرت مجرد أعراض فقط ثم اختفت هذه الأعراض بسبب العلاج، يبدو أن الأمر عكس ذلك، وأن هناك تغييرات عامة أخرى قد حدثت لهذه الحالات غير مجرد اختفاء الأعراض وشملت هذه التغييرات زيادة الثقة في النفس، ونمو إيجابي لمفهوم الذات، وتحسُّن في الوظائف المختلفة، ويمكن أن تكون هذه التغييرات حدثت بسبب طريقة وليي، ولأن هذه الطريقة أوسع في تأثيرها مما زعمه وليي، بالإضافة لذلك إن للأعراض بعض المصاحبات أو النتائج غير المرغوبة، والتأكيد على العرض قد يهمل مصاحبات العرض، ويرى (مورر) (Mowrer) أن هذه الطريقة قد تزيل العرض على حساب الشخصية، لذلك فإن عيوب العلاج السلوكي بالغة. يضاف إلى ذلك أن ليس جميع مشكلات الأفراد ذات أعراض، والكثير منها يتصل بالنواحي المعنوية، لذلك يرى مورر أنه إذا توسع معنى العرض لدى جماعة العلاج السلوكي ومنهم وليي وحتى شمل المعنويات يكون الموقف أفضل... والسؤال كيف ولأي الأسباب حدثت هذه التغييرات لدى المريض (غير الأعراض)؟ إن إجابات

ولبي في هذا المجال غير مقنعة، فهو يعترف بأن الصراعات التي تثير القلق لدى الإنسان لا تشبه المثيرات التي تحدث الأعصاب لدى الحيوان، وأنكر أن تكون الحاجات والرغبات متشابهة أو متعادلة مع الاستجابات التي تستثار لدى الحيوان، ومع ذلك، نجدهم يفتخرون بحججهم. في الحقيقة، فإن القلق والتوتر في الحيوان عندما تولد الأحداث المتناقضة درجة عالية من القلق والتوتر في الجهاز العصبي، وهذا التعليل هو تشبيه لما هو خاص بالإنسان بذلك الذي هو خاص بالحيوان.

إن علماء النفس أمثال Ellise, Beck, Londoy ... يؤكدون أن التغيير الذي يحدث في سلوك المريض الظاهري، لا يوازي بحال من الأحوال التغيير في السلوك الذي يصاحبه تغيير في المشاعر، والأفكار، والاتجاهات... وأن هناك أفراداً متحررين من الأعراض ولكنهم يعانون من الكآبة، ويعانون داخلياً من العلل الكثيرة... وبشكل عام إن ولبي يرفض ذلك، ونحن لا ندرى في ما إذا كان السلوك الذي تم تغييره بطريقة ولبي في الإمكان تعميمه إلى مواقف حياتية أخرى، خارج موقف العلاج، أم لا!

٣ - إن معظم أبحاث ولبي أجريت عن علاج المخاوف من الحيوان، مثل الخوف من العناكب والثعابين والعقارب... وذلك لدى أفراد هم في ما عدا ذلك سويين، إن مثل هذه البحوث المحددة لا يمكن تعميم نتائجها. إن ولبي اعتبر المخاوف من الحيوانات مرادفة تماماً للعصاب، ومن المعلوم علمياً أن المخاوف الحيوانية عبارة عن مخاوف تشريطية تمت بشكل مباشر، بينما العصاب ينطوي على مخاوف مستدخلة نفسية وعميقة. وكذلك فإن الخوف الذي حاول (واطسون وولبي) اصطناعه في المختبر (في تجارب العصاب التجريبي) هو في الواقع من وجهة نظر علماء التحليل النفسي خوف بسيط، مصطنع، لا يدوم طويلاً طالما أنه لا يركز على عوامل عميقة، فالتنقد الرئيسي لولبي أنه أسرف في تبسيط علاج مشكلات سلوكية معقدة، وكان عليه النظر في الفروق السلوكية والعصبية بين الحيوان والإنسان، والتعمق أكثر في مجال الأعصاب لدى الإنسان وليس الحيوان، ثم بناء نظريته.

٤ - إن المتتبع لنظريات التعلم يجد أن هذه النظريات لم تتطور إلى الحد الذي يمكن معه تطبيقها على نطاق واسع في المواقف العملية، وخاصة في المواقف المتصلة بالشذوذ السلوكي أو الأعصاب، كما أن لا نظرية واحدة من النظريات التي تم ذكرها في هذا الكتاب يمكنها أن تقدم حلاً عملياً ينفذها المريض نفسه. إننا نرى أن هذه النظريات قد ساهمت في دفعنا إلى التفكير في بعض النقاط التي نرى أنها تحتاج إلى مزيد من البحث والتطوير. إننا نرى أن هذه النظريات قد ساهمت في دفعنا إلى التفكير في بعض النقاط التي نرى أنها تحتاج إلى مزيد من البحث والتطوير. إننا نرى أن هذه النظريات قد ساهمت في دفعنا إلى التفكير في بعض النقاط التي نرى أنها تحتاج إلى مزيد من البحث والتطوير.

إن الأخصائي في علم النفس لا ينكر محاولات قام بها علماء نفس أمثال نيل ميللر (N. Miller) وجون دولارد (J. Dollard) وبولين بينسكي (Pauline Papinsky) وجوليان روتر (J. Rotter) وباسكال (E. Pascal) ... من أجل تطوير العلاقة بين التعلم والعلاج النفسي كما هو الحال لدى دولارد وميللر حيث قاما بمحاولة للربط بين التحليل النفسي ونظرية التعزيز في التعلم، إلا أن هذه المحاولات ما زالت أقل ضبطاً وتحتاج إلى دقة وتجارب لمعرفة حدود هذه الأساليب ومداهها. من ناحية أخرى إن الأعصاب ليست عبارة عن مجرد عادات متعلمة كما يرى ولبي وآيزنك وغيرهما، حيث أن هناك أحداثاً تكمن وراء الأعراض، وقد تكون الاستجابات المعقدة من خبرات تعلم سابقة، يضاف إلى ذلك أن هناك نظريات تعلم مختلفة ومبادئ أخرى للتعلم غير إشرافية، ولا يمكن إغفالها، وخاصة المبادئ المعرفية. كما أن هناك بالإضافة إلى نظرية بافلوف وسكنر، نموذج التعلم من طريق الملاحظة (The Observational Learning) ونموذج تنظيم الذات (Self Regulation) تهتم بمفاهيم مثل المدركات، والخبرات السابقة، والصراعات اللاشعورية، وهي حسب ولبي ليست عرضة للمعالجة المباشرة، وأن إدخال هذه المفاهيم في الإطار العلاجي لن يضيف شيئاً، ولا يساعد ذلك في تقويم العلاج، حيث أن المعيار النهائي للتحسن هو مقارنة السلوك السابق قبل العلاج وبعده.

ينظر ولبي إلى جميع أنواع السلوك على أنها تعمل حسب أسس سيكولوجية

واحدة في إطار نظرية التعلم، على عكس الاتجاهات الديناميكية التي تميز بين قوانين التعلم التي تطبق على اكتساب المعرفة، وبين قوانين الشخصية التي تطبق على أنماط السلوك الاجتماعي والانفعالي، والعلاقات بين الأفراد. هناك استمرارية مفيدة بين العمليات التربوية التعليمية، والإرشادية، ويعمل على تهيئة ظروف أفضل للتعلم وتدعيمه مع الاهتمام بالمحركات للتأكد من فعالية التعلم، ومن طريقة العلاج.

٥ - إن أسلوب العلاج السلوكي (التقليدي) هو أسلوب آلي يتجاهل العلاقة بين المعالج والمريض، وقد يرجع ذلك إلى الأساليب المبكرة في العلاج السلوكي حيث يكون التركيز أساساً على النتائج فقط. ولكن بعد تطور أساليب العلاج النفسي، وتعدد المشكلات المطروحة أصبح من الضروري أن يكون هناك برنامج علاجي يعتمد على العلاقة بين المعالج (الذي يناقش المريض بالأساليب المناسبة والأهداف)، وبين المريض. إن وربي وآيزنك يعتقدان بأن العلاقة بين المعالج والمريض ليست هامة في الإرشاد والعلاج النفسي، ولكن في الواقع نجد أن جميع أساليب الإرشاد والعلاج تنطوي على علاقة بين المعالج والمريض، وهذه العلاقة عبارة عن عنصرٍ عم مشترك وهام في الوقت نفسه، ويرى باسكال (Pascal)، وكرسنر (Krasner) أن المريض يتأثر بالموقف الكلي للعلاج وليس بمجرد المعززات، فالعلاقة العلاجية وحضور المعالج واهتمامه، وتقبله، وحواره مع المريض... تعتبر كلها عبارة عن اتجاهات إيجابية للمعالج لها أهميتها في العلاج. لذلك (حسب باسكال وكرسنر) فإن أعظم أشكال التعزيز في العلاج السلوكي هي العلاقة العلاجية بما فيها من اهتمام وإدراك المريض لذلك. وهي من العوامل الهامة في تعديل السلوك باستخدام طريقة الإشراف. لذلك فإن من أخطأ بنظرته السلبية للعلاقة العلاجية التي تقتصر في طريقته على عدم الكف المضاد عندما يقوم المعالج أثناء المقابلة باستثارة استجابات التعاليم أو مقلقة يعمل المريض على كبتها فقط. إن العلاقة العلاجية تذهب إلى بعد من ذلك، ولم يحصل وربي في الواقع على نتائج باستخدام الإشراف فقط.

في المقابلات كما أكد هو ذلك، ولكن يبدو أن الإيحاء والعلاقة يعتبران مظهرًا أساسيًا في طريقة وربي، وهذا الإيحاء وغيره من الطرق التي تؤثر في المريض والتي تدفعه إلى العمل يُعتبر مسؤولاً عما حققه وربي من نجاح. المنظم أثناء تعرض المريض للمثير يختلف عنه في حالة عدم تواجد المعالج.

٦ - أما في ما يتصل بمفهوم الكفّ بالنقيض (الذي نقله وربي عن شرينغتون Sherrington) فنحن لا ندرى في ما إذا كان وربي قد ضمّن هذا المفهوم شيئاً آخر غير الذي نقصده بمفهوم الإطفاء (Extinction) أي زوال الاستجابة تدريجياً نتيجة لعدم قرننها بالمثير الطبيعي (الطعام أو المعزز). ويتضمن مفهوم الانطفاء السابق، اخفاء القلق أو العرض غير المتوافق من طريق كفّ الاستجابة العصابية بأي وسيلة، فمثيرات القلق يمكن أن تحدث في موقف لا يوجد فيه تعزيز لاستجابات القلق، فإذا تمّ كفّ هذه الاستجابات العصابية، فإن الأنشطة (أو التدريبات) التي استخدمت في ذلك الكفّ تصبح مشروطة، أي مرتبطة إيجابياً بمثيرات القلق السابقة، وهكذا نجد أن بالإضافة إلى الانطفاء التدريجي الناجم عن عدم التعزيز لمثيرات القلق وما تحدثه من استجابات، نجد وربي يستحدث نشاطاً آخر مضاداً، ويضعه في مواجهة مثيرات القلق، ولذا يمكن النظر إلى طريقة وربي على أنها عبارة عن إشراف معاد وليس إشراف مضاد (Counter-Conditioning) وكما تصوّر البعض.

٧ - إن طريقة وربي تعتمد على تدريب المريض (العميل) على مواجهة المواقف المثيرة للقلق أو الخوف عن طريق التخيل لهذه المواقف، ويتعلم المريض عدم الخوف منها. أما خارج الموقف العلاجي فإن المعالج يقوم بتشجيع المريض على مواجهة الموقف، أو أن يضطر لمواجهة الموقف وليقتنع بأنه ليس مخيفاً، أي يوضع المريض في موقف مقلق ثم يتعلم أن لا مبرر لهذا القلق في مثل هذه المواقف، وهذا يعني أن المثير الطبيعي للقلق (أو غير الشرطي) لا يعزز، فالطرق والأساليب التي تقحم المريض إلى الدخول في موقف مش للقلق والبقاء فيه هي عبارة عن وسيلة لخلق موقف يمكن فيه



تحقيق الانطفاء، وهذا الموقف قد لا يستطيع المريض تحمّله بسبب الخوف. والأسلوب البديل الذي استخدم هو محاولة تخفيف القلق أو الخوف تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة الموقف المثير أو الاقتراب منه. ونظراً لأن المريض كان يعاني من اضطراب السلوك، فقد تمّ توجيهه إلى الموقف أو السلوك أولاً، حيث يضطر المريض إلى الممارسة الفعلية للموقف حتى يتعلم أن لا مبرر للخوف أو القلق، ويقرر لندن (London) (1964) أن الجزء الأكبر من العلاج بطريقة الكفّ بالنقيض هو حمل الأفراد المرضى على فعل أشياء يخافون منها، ويبدو أن لا شيء جديداً في طريقة ولبي حيث أن مورر في نقده إلى كل من دنلاب (Dunlap) وبيرنهام (Burnham) وكاميرون (Cameron)، ودولارد، وميللر أشار إلى أن هؤلاء استخدموا هذه الطريقة قبل ولبي. كما استخدمت ماري كوفر جونز الإشراف المضاد منذ نصف قرن تقريباً. وكذلك فإن العالم إدوين غثري (Guthrie) استخدم هذه الطريقة في تدريب الحصان الأهوج...

٨ - أوضحت الدراسات العلمية أن إجراء التحصين المنظم ليس بالإجراء المناسب لعلاج معظم الاضطرابات السلوكية، حيث أن هناك حالات لا يكفي فيها استخدام أسلوب التحصين المنظم، وهي الحالات التي يكشف التحليل السلوكي لها عن وجود عوامل بيئية عديدة ومتنوعة تبقي على القلق وتدعمه. فمثلاً قد تتأصل عادة التهتة بصفتها عادة وقد يتطلب الأمر الاستعانة بإعادة التدريب على العادات الكلامية الصحيحة، وكذلك الخوف من الأماكن المفتوحة... وقد يتطلب العلاج في مثل هذه الحالات بالإضافة إلى التحصين المنظم علاجاً دوائياً بمضادات الاكتئاب.

٩ - يشار جدل عن طبيعة الآلية المسؤولة عن التغيير السلوكي بفعل عملية التحصين المنظم، والسلوكيون ينقسمون إلى فئتين في تفسيرهم لذلك. فالبعض ينظر إلى أن أي فرضية عادة ما تقبل أو ترفض بناء على نتائج التجربة، وأن معرفة السبب في التجربة يأتي في مرتبة من الأهمية تلي معرفة في ما إذا كان الأسلوب فعالاً أم لا، ومع أي من الناس، وأي أنواع السلوك وفي يد من من المعالجين (لويس كامل ملكية، 1990). إلا أن البعض الآخر

من المعالجين السلوكيين يحاول فهم الآليات العلاجية على أمل إمكانية تحسين الإفادة منها، يرى ولبي أن تأثير التحصين المنظم يكون من خلال الإشراف المضاد، وقمع جزئي أو كلي لاستجابة القلق، حيث الروابط بين هذه الطريقة تأتي من عملية الانطفاء وليس من الإشراف المضاد، وإلى تعلم استجابات بديلة وليس إلى كفّ شرطي، ورغم أن الأدلة ترجح عملية الإشراف المضاد إلا أنه يصعب القطع في ذلك، ويرى البعض الثالث من المعالجين أن نتائج العلاج قد ترجع إلى متغيرات بعيدة عن الإشراف مثل العلاقة العلاجية (كما أشرنا في السابق). بينما يرى آخرون أن هناك عدداً من العوامل المتدخل في الإشراف هي التي تؤدي إلى النتائج. علماً أن بعض الدراسات ترى أن مجرد تقديم المشاهد على مدرج القلق ودون استرخاء قد أدّى إلى تناقص الخوف والقلق، ونحن إذا افترضنا أن جميع الأفراد يحصلون على الدرجة نفسها من العلاقة العلاجية فإنه يمكن الاستنتاج أن عملية الإشراف هي العنصر الفعّال في العلاج.

ويرى مورر أن معظم أدلة ولبي على نجاح طريقته غير كافية، وما يسميه ولبي نجاحاً ليس أكثر من اختفاء أعراض على حساب متغيرات أخرى في الشخصية. مثلاً يذكر مورر ومورر حالة السيد (س) الذي كان يعاني من عتة جنسية (Impotence) وقام ولبي بعلاجه بعد أن ضاق ذرعاً بعمليات التحليل النفسي، وقد استدل ولبي على نجاح طريقته من خلال استعادة (س) لتدرته الجنسية مع فتاته التي تزوجها، ولكن مورر يرى أنه دليل على تحرر السيد (س) من الإحساس بالذنب الذي كان يعطل قدرته الجنسية، كما أن دليل ولبي لم يكن كافياً لأن السيد (س) فشل أيضاً مع زوجة سابقة تطلقت منه. وقد ذكر من بين الحالات التي عُولجت بطريقة ولبي حالة بائع كان يعاني من عتة جنسية مع جميع النساء عدا زوجته... فهل يمكن القول إن إزالة العرض في هذه الحالة هو نجاح علاجي، إن مورر يؤكد مرة أخرى أن لا جديد لدى ولبي وما أسماه بالتحصين المنظم إن هو إلا مجرد اسم آخر للانطفاء، وكذلك ما يسمّى بالعلاج التنفيري هو صورة من الإشراف المضاد.

١٠ - هناك سؤال طرحه علماء النفس في هذا المجال وهو: ألا يوجد فرق بين عملية التعلم لدى الإنسان، ومجرد عملية استدعاء استجابة بمثير ما استدعاءً آلياً؟ أليس هناك دور في عملية التعلم الإنساني للدافعية، والحافز، والتعزيز.

صحيح القول إن كل ما هو مكتسب متعلم؟ إن جماعة العلاج السلوكي يرون أن السلوك العصابي عبارة عن سلوك متعلم وفق المبادئ نفسها التي يتم فيها تعلم السلوك البشري السوي، وفي هذا اعتراف ضمني إلى وجود بعض العوامل التي جعلت من السلوك الأول عصابياً، ومن السلوك الثاني سوياً، لقد أكد بريجر (Breger) (١٩٦٥) في كتابه عن العلاج السلوكي، أن العديد من العمليات التي يقوم بها أصحاب العلاج السلوكي لا يمكن نسبته إلى التعلم، حيث نجد في طرائق العلاج السلوكي، وطريقة الكفّ بالنقيض الكثير من الوقت يبذل في المقابلة الشخصية التي تجرى بشكل تقليدي. وكذلك نجد أن العلاقة ضرورية بين المريض والمعالج، وكذلك التداعي، والتنفيس، والاستبصار... وإلا لما كان هناك نجاح في العلاج، ولأن الاستجابة المرضية القديمة بعد كفها يكون مصيرها العودة التلقائية إذا لم تكن عملية الكفّ نابعة من إرادة أو خبرة أو ميل المريض لذلك، فليس غريباً في طريقة الكفّ بالنقيض التي تهمل إرادة الفرد وميله ودافعيته... أن تكون هناك عودة للأعراض العصبية وانتكاسات هي في حد ذاتها مؤشر إلى عدم سلامة عملية العلاج.

١١ - إن الدراسات التي قام بها آيزنك وغيره تؤكد على أن عملية الإشراف تتأثر بالفروق الفردية بين الأفراد كما تتأثر بما سماه آيزنك بالاستعداد العصابي، وكذلك بنمط شخصية الفرد، وحسب آيزنك إذا اجتمع الاستعداد العصابي لدى فرد ذي شخصية منطوية كانت الأعراض المصاحبة لهذا الاستعداد. وهذا النمط للشخصية عبارة عن اكتئاب، ومخاوف، وقلق، ووساوس... ولدى هذه الشخصية يسهل تكوين الأفعال المنعكسة، أو القيام بعملية إشراف، إلا أنه يصعب إطفاء هذه الأفعال المنعكسة، وكذلك إذا صاحب الاستعداد العصابي شخصية ذات نمط انبساطي كانت الأعراض المصاحبة

لذلك مثل الهستيريا، والهوس، والسيكوباتية... وفي مثل هذه الأنماط من الشخصية يصعب تكوين أفعال منعكسة، إلا أنه يسهل إطفاء هذه الأفعال المنعكسة أو العادات المشروطة، وكذلك أشار آيزنك إلى صعوبة الإشراف

الفروق في أنماط الشخصية كثيراً ما يؤدي إلى نتائج علاجية مختلفة قد لا نستطيع فهمها أو تفسيرها، وهذا ما يجعلنا نبتعد عن تعميم فاعلية طريقة الكفّ بالنقيض على جميع الحالات العصبية وجميع الشخصيات.

١٢ - هناك سؤال على مستوى من الأهمية وهو كيف يمكننا أن نفسّر الشفاء التلقائي الذي ينتهي إليه بعض المرضى؟ هذا السؤال لم نجد له جواباً كافياً لدى المعالجين السلوكيين، وهل صحيح ما تقوله جماعة التحليل النفسي من أن العصاب يحقق الحاجة إلى عقوبة الذات، وفجأة قد تنقلب ظروف الحياة بسبب موت عزيز مثلاً مما يؤدي إلى إشباع الحاجة إلى عقوبة الذات ولم تعد هناك حاجة إلى العصاب فيشفى المريض؟

١٣ - يلاحظ أن طريقة الكفّ بالنقيض تعتمد في علاج المخاوف، والقلق، والتوترات على استجابة الاسترخاء الجسدية، أي أن هذه الطريقة تعتمد على أرضية جسدية أو عضوية، وفي هذا ما يؤيد نظرية (جيمس ولانج) المشهورة عن الانفعالات، هذه النظرية التي مؤداها أن الكائن العضوي أو الإنسان يرى المثير أو المنبه أولاً (الحيوان المفترس مثلاً) فيرتعش جسده، ويؤدي ذلك إلى الإحساس بالخوف، ومعنى ذلك أن اضطراب أعضاء الجسم هو الأساس في الإحساس بالقلق أو الخوف. ومن المعلوم أن نظرية جيمس - ولانج قد لاقت الكثير من المعارضة والنقد ولم تستمر طويلاً، حيث تبين لعلماء النفس أن الإنسان لو اضطنع حركات الغضب والانفعال مثلاً، أو قسنا بتهييج الأحشاء لديه بواسطة مادة كيميائية كالأدرينالين مثلاً، لما انفعال الإنسان. لذلك فإن المشكلة الرئيسية هي في إدراك الفرد للموقف المثير، هذا الإدراك الذي يتحكم بعملية الاسترخاء، لقد عارض كل من كانون وبارد وليندسلي وبايز وماكلين... نظرية جيمس ولانج، وهذا ما يجعلنا نشك في عملية الاعتماد على الاسترخاء فقط في عملية الكفّ بالنقيض والتي تنطلق

من الخارج أي من الناحية الجسدية ولا تعبير إلا اهتماماً بسيطاً للنواحي النفسية والإدراكية الداخلية.

١٤ - في طريقة الكف بالنقبض عندما يقره المعالج بتدبا استجابة قسوة (التميم والبراء) باستجابته اخرى سوية، فعلى اي اساس نحدد هذه الاستجابة السوية؟ وما هو معيار السواء بالنسبة للمريض والمعالج؟ وهل الاستجابة التي تختار نعتبرها سوية لأنها ترضي دوافع الفرد ورغباته، وميوله؟ ثم هل عملية تغيير الاستجابة تتم بإرادة المريض، وذلك لأنه أحياناً يكون أحد أسباب انفعال المريض وقلقه حدوث شيء خارج إرادته، وخاصة إذا كانت استجابة المريض المرضية تحقق بعض الأعراض، مثل تخفيف حدة الصراعات الداخلية باعتبارها حلولاً لاشعورية موقفة. ثم ألا نرى أن من طبيعة الخوف المرضي أو القلق كمنبهات أن يؤدي إلى سلوك مضطرب وعدم القدرة على التوافق. فنحن كيف نربط المنبه مرة باستجابة أصلية هي الخوف والقلق ومرة ثانية بالاسترخاء. إن الواقع العملي يشير إلى أن الاستجابة المرضية تختلف من حيث الشكل والسعة والمكونات عن الاستجابة الصحيحة المختارة، فكيف تتم عملية الكف بنجاح؟ صحيح أن المثير الذي ارتبطت به استجابة معينة بإمكانه أن يصدر استجابة أخرى، ولكن هل في إمكاننا تحديد المثير الذي صدرت عنه هذه الاستجابة بالضبط؟ وبهذه السهولة التي تصوورها ولبي في طريقته. وهنا يفضل الرجوع إلى نظرية الإشراف في التعلم وتطوراتها لمعرفة أن الأمر ليس بالسهولة التي تصوورها ولبي. إن بعض السلوكيين يرون إمكانية استبدال استجابة بأخرى من طريق استخدام الممرات الحركية نفسها التي تستخدمها الاستجابة المرضية الأولى، ومن ثم تتم عملية الكف، مثل عملية وضع اللبان في الفم للتخلص من عادة التدخين، ولكن الممرات الحركية بين استجابة القلق والاسترخاء مغايرة لبعض مما قد يعوق عملية الانطفاء وتغيير العادات.

١٥ - يلاحظ أن معظم حالات القلق أو الخوف التي قام ولبي بعلاجها تُستثار في مواقف محددة، وهي حالات يمكن فيها تمييز ظروف معينة مثيرة للقلق، أي يمكن القول إن معظمها حالات من نوع حالة القلق (State Anxiety) وهي

حالات تتصف بوجود قلق موقت، يخبرها الفرد في مواقف معينة أو محددة، أما الحالات التي تتصف بسمة قلق (Trait Anxiety) وهي قابلية الفرد للإصابة بالقلق في معظم مواقف الحياة، وهي ترجع إلى عامل الاستعداد الوراثي. في هذا الصدد، يلاحظ أن حالات القلق الموقت، يخبرها الفرد في مواقف معينة أو محددة، أما الحالات التي تتصف بسمة قلق (Trait Anxiety) وهي قابلية الفرد للإصابة بالقلق في معظم مواقف الحياة، وهي ترجع إلى عامل الاستعداد الوراثي. في هذا الصدد، يلاحظ أن حالات القلق الموقت، يخبرها الفرد في مواقف معينة أو محددة، أما الحالات التي تتصف بسمة قلق (Trait Anxiety) وهي قابلية الفرد للإصابة بالقلق في معظم مواقف الحياة، وهي ترجع إلى عامل الاستعداد الوراثي.

١٦ - يلاحظ من خلال الكف بالنقبض أن جماعة العلاج السلوكي ينظرون إلى مفهوم العادة (The Habit) على أنها تعبر عن رابطة، وعلى درجة معينة من الثبات بين المثير والاستجابة، ومن المعلومات لدينا أن مفهوم العادة حلّ تاريخياً محل الأنماط السلوكية والسمات، وكذلك محل فكرة تطور الغرائز في نظرية التحليل النفسي وغيرها، والواقع أن العادة ليست عبارة عن تكوين دائم في النفس. لقد اهتمت نظرية الإشراف بدراسة وتحليل الظروف التي تؤدي إلى إحلال عادة مكان عادة أخرى. وتبين لأصحاب نظرية الإشراف وغيرهم من علماء النفس أن العادة لا تستطيع أن تفسّر لنا السلوك الشخصي بل إن هناك أهمية للدوافع والأهداف والميول، لا سيما أن العادة عندما تثبت يصبح لها جانب لاشعوري. ثم إن دور العادة بسيط في مجال التعلم الإنساني، ولأن الإنسان يتعلم الرموز ومعنى الإشارات التي تدل على استجابة ما أو ترتبط بمثير ما.

١٧ - ألا نرى من وجهة نظر علماء التربية أن عملية استبدال استجابة غير سوية بأخرى صحيحة هي عملية تربوية تدفع الفرد إلى أن يسلك سلوكاً سليماً، وأن يستجيب استجابة صحيحة، ولكن التربية بنظمها وقوانينها (ومن وجهة جماعة التحليل النفسي) قد تؤدي إلى نوع من الصراع وإلى إحداث بعض الأعراض المرضية لدى الإنسان، وذلك إذا كان هدف الإنسان إشباع حاجاته

البيولوجية والنفسية، والاجتماعية، وبقدر ما تتيح التربية إشباع هذه الحاجات الأولية بقدر ما تزداد أهمية النوع الثاني من الحاجات الثانوية (الاجتماعية) وذلك لارتباطها بالحاجات الأولى، وإذا كان الفرد يسعى إلى إشباع حاجاته وبلغت حاجته أهدافه (الاجتماعية) فلا حاجة إلى إشباع الحاجات الأولية خطرًا عقبات في وجه هذا الإشباع، وتعتبر بعض هذه الحاجات الأولية خطيرة فتقضي عليها بالتحريم، وبذلك يتعلم الإنسان النظر إلى هذه الحاجات على أنها خطيرة ومن هنا يتولد القلق والخوف والضيق (الصراع مع الأنا الأعلى)، وينشأ الدفاع ضد التربية، وهذا ما يؤدي أيضاً إلى صراعات وإلى ظهور أعراض مرضية، وحتى في غيبة التربية بتحريماتها فإن شدة هذه الحاجات على أرضية من ضعف الأنا أو الذات غالباً ما يكفي للتعرض إلى القلق. ومن هنا نرى أن القلق والصراع بُعدان من أبعاد الحياة، والحياة عبارة عن سلسلة من الصراعات إذا لم تجد حلاً أدت إلى الكبت وتحول الصراع من صراع شعوري إلى لاشعوري حيث تظهر الأعراض المرضية من جديد وبصورة عصبية أو ذهانية أحياناً أو بصورة انحرافات سلوكية، وهذا ما نلمسه في معظم حالات العلاج النفسي حيث يشعر المريض بأن عملية العلاج السلوكي لم تتطرق إلى ما يجول في داخله من صراعات وعقد ومشكلات، وأن هذه الصراعات هي أساس مشكلته وبحاجة إلى أن يصرح عنها ولكنه يخاف تحريمات التربية وقسوة العادات والنظم.

١٨ - إن الباحث النفسي في مجال العلاج السلوكي والذي يمارس عملية العلاج السلوكي بطريقة الكفّ بالتهيؤ بشعر وبوضوح بأن هناك أهمية كبيرة لآراء مدرسة التحليل النفسي والمفاهيم التي انتهت إليها هذه المدرسة. وفي رأي علماء النفس ومؤلف هذا الكتاب أن التحليل النفسي شارك في نمو هذا الاتجاه السلوكي في العلاج وتطوره، فمثلاً لو لم يكتشف التحليل النفسي العلاقة بين الإحباط والعدوان لما استطاع السلوكيون بحث فكرة السلوك العدواني في المختبر. ومن المعلوم لدينا أن جماعة التحليل النفسي بدأت من العلاج وانتهت إلى وضع نظريات، على العكس من السلوكيين الذين أفادوا من نظريات المحللين ودراساتهم عن التحليل، وعن الصراع،

والعدوان والقلق، والكف والتكرار، والتثبيت، والنكوص... إلخ ولا ننس أن فرويد هو أول من استعار من فخرنر في ألمانيا مبدأ الثبات (Principle of Fixation) الذي ينص على ميل الكائن الحي إلى خفض التوتر إلى أفصأ مستوى ممكن. وهذا هو مبدأ الثبات في التحليل النفسي. الأثر لدى ثورندايك والتعزيز لدى سكينر لها مقابل في مجال التحليل النفسي هو مبدأ اللذة والألم. وإذا كان هناك فرق بين المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية هو أن الأولى تنظر إلى الفرد نظرة كلية بينما المدرسة السلوكية تنظر إلى الفرد نظرة ذرية، إلا أن السلوكية المتطورة بعد واطسون لم تعد تنظر إلى السلوك نظرة ذرية بل نظرة كلية وعلى مبدأ (م - ع - س) أي مثير وعضوية واستجابة. لذلك فإن المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية تعترفان بالفرد كمتغير وسيط كما تعترفان بأعماق الفرد، ولكن الفرق بينهما في التفسير فقط. وسنرى في ما بعد عند الإشارة إلى تطور هذا الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي بعد جوزف ولبي كيف أن علماء النفس والمعالجين اهتموا بالوظائف النفسية الداخلية للفرد وبمدرجات الفرد، ووظائفه العقلية، كما ركزوا على أهمية العلاقة بين الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية للمريض.

١٩ - يرى جوزف ولبي أن مفهوم العلاج النفسي السلوكي (Behaviour Therapy) يختلف عن مفاهيم علمية أخرى مثل الإرشاد السلوكي (Behavioural Counseling) وتعديل السلوك (Behaviour Modification) وهو يعترض على بعض الاختصاصيين النفسيين الذين يرون أنه لا توجد فروق موضوعية بين هذه المفاهيم الثلاثة، وأن التمييز بينها هو تمييز مصطنع حيث إن بعض المرشدين النفسيين يرى أن هذه المفاهيم هي واحدة من حيث المعنى والمضمون، وهؤلاء يستندون في ذلك على بعض الشواهد مثل أن كارل روجز (١٩٥٠) أكد في كتابه حول الإرشاد والعلاج على هذا التشابه، ودليل ذلك أنه قرن في عنوان الكتاب بين الإرشاد والعلاج... والواقع أن العدبد من أخصائيي علم النفس الإكلينيكي، والطب النفسي، والمتمهين للعلاج النفسي، ومنهم مؤلف هذا الكتاب، لا يتفقون مع الرأي السابق لكارل



الانحرافات الجنسية... كما أن عبارة تعديل السلوك من الناحية اللغوية تشير إلى تعديل جزئي وليس كلي في السلوك، فسلوك كثرة الحركة لدى الأطفال ينصب تعديل سلوكه على تعديل جزئي في السلوك، فسلوك كثرة الحركة لدى الأطفال يتطلب تغييراً كاملاً في السلوك، وهكذا.

- ❖ تطور العلاج النفسي السلوكي بعد جوزف ولبي.
- ❖ العيادة النفسية السلوكية.
- ❖ العلاقة المهنية بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي.

## تطور العلاج النفسي السلوكي بعد جوزف ولبي:

إن اتجاه العلاج النفسي السلوكي لدى جوزف ولبي يمثل الاتجاه التقليدي للعلاج النفسي السلوكي والذي يعتمد على قوانين الإشراف والتعلم بافلوف وسكنر، وقد أسهم هذا الاتجاه التقليدي في عمليات العلاج النفسي وتعديل السلوك، إلا أن البعض وجد أن هذه الطرق السلوكية هي تعتمد على مبدأ الثواب والعقاب والتنفير... ويعوزها الجوانب النفسية والإنسانية، لهذا كان هذا الاتجاه التقليدي في العلاج محدود التطبيق وخاصةً في مجال الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية. كما لا الاتجاه التقليدي تعرّض إلى نقد شديد من قبل خصومه، وخاصةً جمة التحليل النفسي التي ترى أن العرض (The Symptom) المرضي، إن هو إلا عرض ظاهري عن وجود اضطراب داخلي وصراع نفسي خفي أو داخلي، بينما جمة العلاج السلوكي يرون أن العرض المرضي يمكن تحديده، وقياسه، وعلاجه (أي جماعة العلاج السلوكي) يرون أن ما تتحدث عنه جماعة التحليل النفسي كمي، وغير علمي، ويصعب قياسه... لذلك لا مكان له في مجال الطب، وأطب النفسي، وعلم النفس السريري... وترد جماعة التحليل النفسي النظرية السلوكية محدودة ومبسطة، وعاجزة عن فهم العقل الإنساني النفس البشرية. لكن، مع تطوّر الدراسات الطبية والنفسية تمّ الجمع بين الاتجاه السلوكي والاتجاه المعرفي والتحليلي الحديث في العلاج النفسي، والأعراض الخارجية أو الجانب النفسي الديناميكي وخاصة آليات الصراع النفسي... والواقع أن كثيراً من التقنيات العلاجية ابتدع جوزف ولبي كتابه (١٩٥٨) عن العلاج النفسي بواسطة الكفّ بالتحديث عنه سابقاً (Psychotherapy by Reciprocal Inhibition)، وقد اتسعت

المريض لأكبر قدر ممكن من الخوف والقلق والتوتر مع التغلب على سلوك الامتناع أو التجنب. مثلاً الفرد الذي يخاف من الأفعى يتصور بأن الأفعى تدخل الفم، وتصل إلى الحلقوم والمريء، ثم تستقر في المعدة، إلى أن تتاب المريض

الاستجابة الإشرطية السلبية. وبالنسبة لستامبل فإن إطفاء الخوف يتمّ بالتعرض (Exposure) المتكرر للمنبه الإشرطي (الطبيعي)، وعملية العلاج بالإغراق تشبه عملية العلاج بالممارسة السلبية (Negative Practice) حيث يُصاب المريض بالتعب والملل والنفور، وبالتالي يتخلى عن الخوف الذي كان يعاني منه. والواقع أن طريقة الإغراق (Flooding) هي طريقة قديمة استخدمها كرافش (١٩٣٨) وبعض الأطباء القدامى في علاج حالات المخاوف، كان من بينها حالة مريضة تخاف ركوب الحافلات إلا في الطرق المألوفة، كما كانت تصاب بالضيق والخوف الشديد عندما تمرّ في الأنفاق أو على الجسور. وفي أحد الأيام طلب منها طبيبها ركوب السيارة من بيتها إلى مكتبة في نيويورك مسافة ٥٥ كم، والطريق يمرّ عبر الجسور والأنفاق، وصباح هذا اليوم الذي ركبت فيه السيارة كانت في حالة فزع وخوف وإحساس بالغثيان... إلخ. واستمر هذا الرعب الذي انتابها خلال الطريق ولكنه أخذ يتلاشى تدريجياً كلما اقتربت من عيادة الطبيب، وفي العودة كانت المشكلة أقل شدة، ومن خلال تكرار ذهابها وعودتها إلى عيادة الطبيب أصبحت حالتها أفضل وهي تشعر بالراحة وعدم الخوف، وهنا كان التعريض المستمر سبباً في كنفّ حالة الخوف والفرع لديها.

ومثال آخر لتلميذ يخاف من الرسوب في الامتحانات، طلب منه أن يتذكر الأسباب المؤدية إلى الخوف ويتخيّلها، وهنا يتعرّض التلميذ إلى المنبهات التي أثارَت الخوف والقلق لديه، مع عدم تعزيز القلق بمنبه غير شرطي، لهذا نجد أن استجابة القلق تزول، ويسمّي ستامبل هذه الطريقة التفجير الداخلي.

وهناك حالة امرأة كانت تشكو من الخوف من الطيور الميئة ومن الخفافيش، ولم تنجح معها طريقة الإغراق التخيلي لأنها لم تشر لديها درجة معتولة من القلق والتوتر إلى المستوى المطلوب، وهنا حوّلها المعالج إلى طريقة الإغراق الواقعي. وكان ذلك على النحو التالي: جلست المريضة على الكرسي وأخذت عينة من دمها قبل

العلاجات السلوكية بعد جوزف ولبي وظهرت تقنيات جديدة مثل العلاج النفسي المعرفي (Cognitive-Behavioural Psychotherapy)، حيث وجد العلماء أن لا فرق بين الاستجابة السلوكية والاستجابة المعرفية وذلك بسبب التفاعل بينهما، فالتفكير يولد الانفعالات والسلوك، وانه سببات معرفية تدل على مسرى الأنشطة الإنسانية كلها وفي أنماط العلاج النفسي جميعها<sup>(١)</sup>، والإجراءات المعرفية جزء هام في العلاج السلوكي لذا فإن بناء خطط علاجية يجب أن يكون وفقاً لمصدر المشكلات سواء معرفية أو إشرطية، وحتى غير ذلك من تقنيات فإنها تتطلب كلها من المعالج السلوكي أن يكون على قدر من الفهم والحساسية، وإظهار المحبة والتقبل والثقة، والعمل على فهم صراعات المريض والعوامل النفسية التحليلية والتي يمكن اعتبارها مؤثرات نفسية اجتماعية مثل المقاومة، والتحويل (Transference)، والتحويل المضاد (Counter Transference) وغير ذلك. هذا وقد ظهرت بعد طريقة جوزف ولبي طريقة ستامبل (Stampfle) (١٩٦٧) المسماة علاج الإغراق (Flooding Therapy) أو التفجير العلاجي (Implosive Therapy) والتي تختلف عن طريقة جوزف ولبي في جعل المريض يتعرض للمثير، وهو علاج على النقيض من طريقة جوزف ولبي حيث يعرّض

(١) لقد قام العديد من المعالجين أمثال تايلور (B. Tylor) (١٩٥٩) بعلاج العديد من الحالات العصبية من طريق تبديل الأفكار المعرفية ومنع الاستجابة الفكرية من الحدوث (Thought-Stopping) كما قام كل من هوم (Hom) (١٩٦٥) وكوتيللا (١٩٦٧) باستخدام الإجراءات الإشرطية المستترة (Covert Conditioning) حيث وجدوا أن الأخطاء الفكرية وسوء التفسير للمواقف أمر شائع في المخاوف وحالات توهم المرض (Hypochondriasis) وعادة يتمّ من خلال عملية تحليل السلوك معرفة في ما إذا كان مصدر الخوف معرّفاً أو إشرطياً، وإذا اتضح للمعالج أن سبب الخوف معرفي فيفضل طرح الأسئلة النصحيحية على المريض (إن مخاوفك ناجمة عن تفكير خاطئ لا واقعي، وأنت تعزز هذه المخاوف، وهذه المخاوف نابعة من داخلك ويسببك، وهي قلما نجدها لدى الآخرين، إنها تسبب لك مشاكلات حياتية، والعلاج يكون في داخلك ومن خلال تغيير أفكارك، إن حديثك مع الذات بشير القلق والخوف ويعزز الهزيمة...). وتكفي أحياناً الشروحات اللفظية لتصحيح الأفكار، وأحياناً يضطر المعالج إلى إجراءات عملية، كما في حالة الخوف من الاحتناق في المصعد. حيث يضطر المعالج إلى إبراز نظام التهوية في المصعد. فإذا لم يقتنع المريض فإنه يسكن إزالة الخوف بواسطة عملية التحصين المنظم، وبعض المرضى يريدون الاطمئنان بأن حالتهم هي ليست بمرض عقلي، أو أنهم لن يصابوا بمرض عقلي في المستقبل.



التجربة لمعرفة الخط القاعدي لمستوى الكورتيزول لمدة ساعتين (وريد مفتوح لأخذ العينات). وخلال ذلك أحضر المعالج طائرين ميتين بالمواصفات نفسها، وأعلمت المريضة أن الطائر الأسود سيتم إحضاره فأحدث ذلك لديها قلقاً ولكنه لم

رفضت في بادئ الأمر ثم بعد دقيقتين قامت بلمح البصر بنظرة خاطفة، فصرخت وارتعشت وقررت عدم فتح عينيها. وبعد أن شجعها المعالج قبلت فتح عينيها ثانية، إلا أن الفرع عاودها مرة ثانية وبدرجة أكبر، فقام المعالج بإبعاد الطير لمسافة ١٠ أقدام مما أعطاها ارتياحاً نسبياً، وبعد نصف دقيقة فتحت عينيها ونظرت إلى الطير لثوانٍ، ولكنها صرخت واضطربت، بعد ذلك ركزت عينيها على الطير بشكل أطول وفي المحاولة الخامسة تمكنت المريضة من النظر إلى الطير وبدون إغلاق عينيها، ثم قرّب المعالج مسافة الطير الميت (المثير) إلى أن وصل ذلك لأقرب نقطة، حيث وضعت يدها على الطير، ومن خلال مقارنة عينات الكورتيزول اتضح عودته إلى الخط القاعدي السابق مما يؤكد عملية كفّ الخوف والفرع.

ويرى جوزف وليبي أن علاج الإغراق لا يصلح لكافة الحالات، ويجب ألا يكون هذا الأسلوب في العلاج في الخط الأول، وهو أسلوب يفيد في علاج الوسواس القهري كما هو حال الخوف من القذارة.

ومن التقنيات السلوكية أيضاً، الممارسة السلبية التي تستخدم في علاج اللازمات العصبية (Tics) والتأتأة في الكلام، وقضم الأظافر، ومص الإصبع، وتنتف الشعر والوسواس... وهذه التقنية تؤدي إلى إطفاء الاستجابة في غياب الجوانب السلبية للقلق، وكذلك لتعرض المريض إلى حالة من التعب والنفور، والملل، والإزعاج أحياناً وخاصة عندما يُطلب من المريض داخل الموقف العلاجي، أو داخل المنزل بتكرار الاستجابة، ومن الطبيعي أن هذا الطلب يقابل من المريض بالاستغراب والسخف في بادئ الأمر وإلى أن يقوم المعالج بتفسير ذلك وبأنه يريد استجرا (Elicited) الاستجابة أو هذه العادة السيئة إرادياً وإلى ساحة الوعي لممارستها وإخضاعها للسيطرة الذاتية، وبهذا يصبح المريض أكثر عياً بالعادة السيئة التي تصبح تحت سيطرته، والتي كانت في السابق خارج سيطرته الإرادية. إن عملية ممارسة العادة السيئة إرادياً تعني القدرة على إيقافها

والسيطرة عليها، ومثل هذه التقنية تُطبّق في حالة نتف الشعر إرادياً (أمام المرأة)... بالإضافة إلى أن عملية جمع الشعر المنتوف ومشاهدته تزيد المريض وعياً بخطورة هذه العادة السيئة، والتي قد تؤدي إلى الصلع أو إلى فقدان الشعر

تناقص هذا الزمن تدريجياً إلى مستوى الصفر حيث تنطفئ هذه العادة. ويمكن استخدام تقنية الممارسة السلبية من طريق التخيل وحتى يشعر المريض بالملل والتعب... وفي حالة التتهمة وجعلها (٣ - ٤) مرات ويفضل أن يكون ذلك أمام المرأة، أو أمام عدسة الكاميرا، والتكرار يؤدي إلى طول زمن الكلام الخالي من التتهمة مع الملل والتعب. وقد استخدمت هذه التقنية الأخيرة في علاج التتهمة تحت اسم العلاج السلوكي الظلّي (Shadowing Psychotherapy) ويفضل في طريقة الإغراق أو الممارسة السلبية ألا يكون المريض يعاني من اضطرابات قلبية أو أمراض عصبية تؤثر على صحته.

وفي عام ١٩٧٦ أشار عالم النفس السريري ألبرت إليس (A. Ellis) إلى ما سماه العلاج النفسي العقلاني - الانفعالي (Rational-Emotional Therapy)، والفكرة الأساسية لهذا الاتجاه في العلاج تعتمد على مبدأ أنه لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير، والجوانب الانفعالية التي يعرض لها الإنسان، وبين السلوك الذي يقوم به الفرد (سواء أكان هذا السلوك سويّاً أو غير سويّ). وهذه الجوانب الثلاثة: التفكير، والانفعال، والسلوك متفاعلة مع بعض ويؤثر كل منها بالآخر. لهذا فإن من المتوقع علمياً أن يؤدي تعديل الأفكار الخاطئة إلى تعديل السلوك غير السويّ (مثل الإدمان، أو الوسواس، أو الخوف، أو الانحراف...). وقد أكد ألبرت إليس على أهمية تدريب المريض على تعديل أو تعديل إدراكه للمشكلة. وأشار إلى أهمية هذا المبدأ في العلاج النفسي السلوكي - المعرفي (Cognitive-Behavioural Psychotherapy)، حيث أن ردود الفعل الانفعالية السلبية لدى الفرد هي التي تصدر عن معتقداته وأفكاره وإدراكه للحوادث والخبرات التي يمرّ بها<sup>(١)</sup>.

(١) قال الامام علي بن أبي طالب رضي الله عنه: «إذا خفت من شيء، فقع فيه فإن شدة توقّبه شر من الوقوع فيه». وبهذا إشارة واضحة إلى أهمية العلاج بالإغراق.

وليس عن هذه الحوادث التي يمرّ بها مباشرة، والعلاج النفسي العقلاني - الانفعالي، وكذلك العلاج النفسي السلوكي - المعرفي يهدف إلى التصدي لأفكار الفرد ومعتقداته غير المنطقية أو الخاطئة. ومما لا شك فيه أن الإنسان وهو في قمة انفعالاته يفكر بظرفه معينه، ويرجم هذه الانفعالات إلى تصرفات أو إلى سمويات خارجية، أو حركية تصاحب عملية التفكير والانفعال، والتفكير عادة يتوسط بين ظهور الحوادث والمواقف البيئية أو الشخصية وبين السلوك أو الاستجابة، لذلك فإن الفرد عندما يتفاعل يتألم أو يقلق، أو يغضب... الخ. فإن هذا الاضطراب الانفعالي يكون متفاعلاً مع النشاط الفكري الداخلي، وكذلك مع النشاط السلوكي أو الحركي الخارجي، لذلك من الممكن تهدئة انفعالات الفرد أو ضبطها عن طريق تهدئة أفكار الفرد الخاطئة أو تعديلها أو استبدالها بأفكار تبعث على الاسترخاء والطمأنينة والراحة النفسية، والثقة وغير ذلك، مع إدراك الصّحّ والخطأ في هذه الأفكار (أي العمل على إعادة بناء البنية المعرفية للفرد المريض) وهذا بدوره يؤثر إيجابياً على سلوك الفرد، وتُسمّى نظرية البرت إيليس بنظرية (ABC) وتعني أن الحادثة (A) التي مرّ بها الفرد وأحدثت لديه الاعتقاد أو الإدراك (B)، مما أدى إلى ردود الفعل الانفعالية أو السلوكية (C)، وبهذا نجد أن الحادثة (A) والتي حدثت للفرد في حدّ ذاتها ليست هي التي أدت إلى ردّ الفعل (C)، بينما (B) هي التي أدت إلى (C)، أي أن المعتقد والإدراك أو التفسير للحادثة هو الذي أدى إلى حدوث (C) وليست الحادثة في حدّ ذاتها. فإذا كان الفرد يشعر بالقلق أو التوتر بعد الحادثة (A) فالحادثة ليست السبب وإنما المعتقد (Beliefs) هو الذي سبّب ذلك، ومثل هذه التقينة العلاجية تتضمن قيام المعالج بدحض المعتقدات غير المنطقية (Disputing) خلال استدعاء هذه المعتقدات إلى حيّز الوعي والشعور. ولا بدّ أيضاً في تكليف المريض بواجبات منزلية يتوجب عليه القيام بها في تعامله مع الناس بهدف إزالة التحسّس، وبالتالي جعل المريض يتصرف بطريقة عقلانية، ولا بدّ من السيطرة على التفكير والانفعال، من خلال عملية التشجيع والتعزيز، وبمعنى آخر العمل على إعادة صوغ ما يُسمّى حديث الذات (Self Talking) أو على الفرد أن يقول لنفسه (يوجد لديّ بعض السمات السيئة) عوضاً عن القول (أنا إنسان لا قيمة ولا وزن له في الحياة) ومن الطبيعي أن تعديل المعتقدات يعمل على تعديل الانفعالات والسلوك أيضاً.

يُضاف إلى الطرق السابقة طريقة العلاج التي ابتدعها وليام غلاسر (William Glasser) المسماة علاج التبصير بالواقع، والتي تعتمد على إشباع الحاجتين الرئيسيتين لدى الإنسان. من وجهة نظر غلاسر هو أن يكون الإنسان مُحبّاً ومحبوباً أيضاً. العلاج الواقعي (أو التبصير بالواقع)، وهي تعتمد أيضاً على وعي السلوك الحالي للفرد، وتقديم السلوك، والتخطيط لسلوك أكثر مسؤولية وإنكار الاعتذارات وما شابه ذلك، وعادة ما يتجنّب الأفراد مواجهة سلوكهم الحاضر. وفي هذا النمط من العلاج يطلب من الفرد أن يحكم على سلوكه في ما إذا كان صحيحاً بالنسبة إليه، مع إجراء نقاش عن خيارات مفتوحة، منها أن الإنصات أو السكوت عن الشكوى لا يحلّ المشكلة، ويمكن للمعالج وضع مخططات واقعية يمكن تعديلها أو استبدالها بمخططات أكثر عملياً وإنتاجاً، ولا بدّ من التشجيع من قبل المعالج.

ومن الطرق الفعالة في العلاج ما يُسمّى العلاج الغشثالي (Gestalt Therapy) الذي وصفه فردريك بيرلز (F. Perles)، وفي هذا الاتجاه من العلاج يتم التركيز على الحاضر. وفي هذه الطريقة يؤكد بيرلز على تنظيم الذات للعضوية، أي أن العضوية حتى تبقى وتعيش فإنها تحتاج إلى حشد ذاتها، وتحريكها في محيط بهدف الحصول على الدعم. ويكون المعالج في حالة فعالية ونشاط حيث يعلم المريض كيف يستخدم جهازه الحسي - الحركي لتحقيق التوافق والسلوك الناجح. وفي هذا النمط من العلاج لا يكون المعالج سلطوياً بمعنى أنه يقود أو يرشد أو ينصح أو يحلّ محلّ الفرد في مسؤولياته الذاتية، مع التأكيد على فكرة أن كل فرد هو أكثر دراية بما يرغب ويحتاجه إضافة إلى كيفية الحصول على مطلبه، والوصول إلى حلول ناجحة بالاعتماد على نفسه، مع احترام المريض، مثلاً إذا تعوّد الفرد نقد ذاته لأنه تقاعس عن أداء عمله، فهذا السلوك هو الذي على الفرد أن ينفذه وليس غيره، فالمعالج لا يعنيه نقد المريض أو تقويمه بالنسبة إلى تقاعسه عن أداء عمله، وكل ما في الأمر أن المعالج يساعده على الوصول إلى الوعي والإدراك لما يفعله...

وهناك اتجاهات علاجية أخرى مثل العلاج المعقود على العميل لكارل روجرز، والعلاج الوجودي وغير ذلك، ومع تطور الدراسات النفسية والعصبية



فرانيسيس شابيرو، وتعتبر هذه التقنية من أحدث التطورات في مجال علم النفس العلاجي. وقد يكون من المفيد لأطباء النفس والاختصاصيين في علم النفس الاطلاع وبيجاز على هذه الطريقة.

### اللغز المحيّر المسمى اختصاراً

**(Eye Movement Desensitization Reprocessing) The Enigma of (EMDR):**

توجّه العامل ريتشارد ويسترن إلى عيادة الدكتور دافيد ماك، وكان ذلك في يوم من أيام الصيف الحارة عام ١٩٩١. كان يمشي بعناء قد ارتسمت على وجهه ندبات الحروق من جراء تعرضه إلى انفجار مشتعل في المنجم الذي كان يعمل فيه، وقد أصابه الصمم من جراء الجرعات العالية والمديدة من الأدوية المضادة حيويًا والتي أعطيت له لإنقاذه من الحروق الجلدية العميقة من الدرجة الثالثة والتي هدّدت حياته، كما أن ساعديه شوّهتا تماماً واستعاض عنهما بيدين صناعيتين. كان التشوّه البدني كبيراً ويدعو للأسى، إلا أن معاناة ريتشارد النفسية تجاوزت محنته الجسدية شدةً، ولمدة ثماني سنوات مضت على الحادث الرهيب الانفجاري المشتعل وهو يعاني من رضّ نفسي شديد استحوذ على حياته استحواداً كاملاً، وأدى إلى شلل جميع نشاطاته الاجتماعية والأسرية وأصبح إنساناً يعاني الألم والأسى والاكتئاب... وكجزء من وعيه وتفكيره اليومي. وكان قد مكث لمدة سنتين في المستشفى بعد تعرضه لحادثة الانفجار. وكان يحتاج إلى عناية صحية يومية لمدة ٢٤ ساعة، وفي كل ليلة وهو على وشك الولوج إلى النوم يشعر بأن فروة رأسه مغمورة في لهب من النيران، ويرى ذاته تحترق وكأنه يشوى من جديد في سكير النار، وكانت هذه الكوابيس الليلية تلازمه دوماً وأبداً كلما ذهب إلى نومه، وكان يعاني من الأرق، وحُرم من متعة الترفيه والتسلية. وتجنّب مشاهدة التلفاز لأنه لا يستطيع تركيز انتباهه أو الاستمتاع بما يشاهده. وكان يهب فزعاً وفجأة إذا شاهد أي منظر فيه نار سواء في التلفاز أو في أي مكان، أو شاهد انفجارات (إشارات الخوف والفرع Conditioning). وقام الأطباء بوصف دواء البروزاك (Prozac) المضاد لحالات الاكتئاب، بالإضافة إلى دواء ثوريدازين وهو

وكذلك إلى بعض الطرق العلاجية المعرفية والسلوكية الحديثة مثل استخدام طريقة تحريك العينين والمُسَمَّاة بطريقة (Eye Movement Desensitization Reprocessing) EMDR للباحثة فرانيسيس شابيرو (والتي نقل

**العلاج النفسي السلوكي - المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة بناء البنية المعرفية لفرانيسيس شابيرو (EMDR):**

وضعت هذا الاتجاه الاختصاصية النفسية الدكتورة فرانيسيس شابيرو من جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس عام ١٩٨٧، ونال شهرة عالمية بسبب استطبائاته ونجاحه في علاج اضطراب الرضوض النفسية بنسبة حوالي (٧٠ - ٧٥٪) من الحالات، وفي العدد الصادر عن الجمعية الأميركية النفسية في آب ١٩٩٥ «المونيتور» أشير إلى الرحلة التي قام بها عالم النفس السريري جوفري وايت من كاليفورنيا إلى سرايفو في ديسمبر عام ١٩٩٥ لتدريب المعالجين النفسيين الكروات والمسلمين على تقنية نفسية علاجية فعالة وسريعة وسهلة التعلم وذات نتائج علاجية مذهلة، وخلال جلسة علاجية لا تتجاوز ٩٠ دقيقة ولا يحتاج المريض المصاب برض نفسي (Trauma) أكثر من (٣ - ٤) جلسات ليشفى من اضطراب الشدة الذي يعقب التعرّض للرض النفسي (Post Traumatic Stress Disorder)، وأعراض هذه الاضطرابات الرئيسية هي الكوابيس الليلية المخيفة، والأفكار الوسواسية (OCD) الدخيلة (Intrusive Thoughts) وسيطرة ذكريات الرض النفسي وصوره المخيفة (Flash Back)، وسرعة الغضب والهيّاج، وسوء التكيف المهني، والاجتماعي والأسري... والسلوك المتهور الترويعي الشديد، وفقدان السيطرة على الذات، ومثل هذه الأعراض ظهرت لدى الجنود المقاتلين في فيتنام... وغيرهم، وقام الدكتور الحجار بالاتصال بالدكتور جوفري طالباً برنامج التدريب الذي طبّقه على المعالجين النفسيين في البوسنة المسلمة، وفي الكروات (زغرب)، كما قام بجمع الدراسات المتعلقة بهذا البرنامج، والحصول على كتاب الباحثة شابيرو التي ابتدعت هذا العلاج والتي شرحت فيه الأسس النظرية والعملية، وتم نقل هذه التقنية إلى اللغة العربية وترجمة كتاب العالمة

من المهدئات الكبرى، وقد رفض المريض ريتشارد تناول هذه الأدوية لأنه يعتقد بأنها تعالج الأعراض (The Symptoms) ولا تؤدي إلى الشفاء التام. ولم يجد الطبيب النفسي المعالج وسيلة إلا أن يعرض على المريض العلاج النفسي

العلاج ولكنه بالتأكيد لا يضر». فكّر المريض ثم أبدى قبوله طالما أن العلاج لا يضره. طلب منه الطبيب المعالج أن يجلس على الكرسي ويستحضر في ذاكرته ثلاثة أشياء هي صورة ذهنية واحدة عن حادثة الاحتراق التي تعرّض لها وعندما أحاطته كرة النار، وما رافق ذلك من انفعالات وإحساسات جسدية (الخوف لشديد والألم)، وأخيراً الأفكار التي انتابته عندما تعرّض لهذه الكارثة (يا إلهي نني أحترق وسأموت...) وبعد ذلك قام الطبيب النفسي المعالج الدكتور ماك تحريك إصبعه اليمنى ويسرة وطلب من المريض أن يتابع مسار الإصبعين في حركتهما، وفي الوقت نفسه يعمل على تثبيت في حاضرة ذهنه أو خياله الأشياء لثلاثة خلال حركة الإصبعين والتي استغرقت نحو ٢٠ ثانية. وبعد توقف الطبيب من تحريك إصبعيه، طلب من المريض أن يتنفس عميقاً مرات عدة ويسترخي يذكر للطبيب وبالتفصيل ما خطر في ذهنه من أفكار بعد هذه العملية، وكذلك من انفعالات وإحساسات بدنية وأن يثبت هذا التبديل الجديد في ذهنه، وللمرة ثانية حاول المعالج تحريك إصبعيه اليمنى ويسرة والمريض يتابع بعينه هذه حركة لمدة ٢٠ ثانية أخرى، ثم توقف الطبيب عن تحريك إصبعيه، وطلب من المريض أيضاً التنفس عميقاً ثلاث مرات ثم يسترخي، ثم يذكر للطبيب التطور الجديد في الصورة المثبتة في ذهنه على مستوى الأفكار وكذلك الإحساسات الجسمية والانفعالات المصاحبة.

وأفاد المريض أن الفكرة التي برزت في ذهنه الآن هي: (يجب أن أخرج من هنا)، ومرة ثالثة طلب المعالج منه أن يثبت في ذهنه المشاعر التي يشعر بها، الصورة الذهنية والتفكير الحالي الذي يشعر به، ويتابع بعينه حركة الإصبعين، هنا برزت صورة جديدة في ذهنه هي: (رأى نفسه مستلقياً على الأرض والنار محيط به، ورفاقه يصرخون في حالة فزع ورعب وهو يقول لنفسه ربّي اعدني...)، وبعد كل ذكرى تبرز في ذهنه يكرّر المعالج ما يخطر في ذهنه وفي

ساحة وعيه وانفعالاته وإحساساته، ويعاود المعالج إتاحة فرصة الاسترخاء للمريض، وهكذا إلى أن أصبحت الصورة الذهنية للحادثة مفرغة تماماً من أي مشاعر أو أفكار كارثية مزعجة، وبدت تلك الصورة عندما يتذكر الحادثة خالية من

ترعبه، ولا تثير فيه إحساسات أو انفعالات أو أفكار مرعبة أو مخيفة.

وبعد أسبوع عاد المريض، وأخبر الطبيب بأن الكوابيس الليلية المرعبة وذاكرات الحادثة الراضة (Flash Back) قد تلاشت وذهبت من حياته اليومية، ولم تعد فروة رأسه تؤلمه بإحساسات الحرارة، أصبح في مقدوره أن يقرأ، وأن يعمل، وتحسّن انتباهه فأخذ يتمتع بمشاهدة برامج التلفزيون بعد أن حُرّم من ذلك مدة أحد عشر عاماً، واستغنى عن مساعدة الممرضة، فأخذ يخدم نفسه بغسل الملابس، والطهي مساء. وفي الشهر التالي اجتاز فحص قيادة السيارة بنجاح وحصل على رخصة قيادة، وقاد سيارته لأول مرة بعد أحد عشر عاماً وكأنه كان حبيب السجن، وعاد إلى حياته الطبيعية وعلاقاته الحسنة مع المعوقين بدنياً أمثاله، ومما قاله: «لقد كانت خبرة علاجية لا تصدق بنتائجها، إنها تتحدى الخيال، وحتى السحر، لقد جعلني العلاج أغوص بعمق كبير في خبرتي الراضة، إنني أرى مدى ضعف وهشاشة الحياة الإنسانية، وأصبحت أعني أكثر من أي وقت مضى ماذا تعني الحياة بالنسبة إليّ، إنني أستثمر كل لحظة من لحظات حياتي اليوم».

هناك آلاف من الناس الذين تعرّضوا للعاصفة هاريكين المدمّرة عام ١٩٩٢ وقد عولجت رضوضهم النفسية الناجمة عن هذه العاصفة المخيفة بواسطة تقنية (EMDR)، وذلك من قبل معالجين تدرّبوا على هذه التقنية في عيادات الطوارئ وفي الملاجئ، وكانت نتائج العلاج مشجعة بشكل عام. وهناك حالات أخرى من الجنود المحاربين القدامى في فيتنام وغيرهم. وهناك حالة لامرأة عمرها ٢٣ عاماً كانت تضطرب وتعاني من التهتة في كلامها عند حضور الرجال، وكان سبب ذلك رضّ نفسي يرجع إلى طفولتها عندما تعرّضت إلى سوء معاملة جنسية من الرجال الغرباء وأمكن علاجها بجلسة واحدة دامت ٩٠ دقيقة تمكّنت بعدها من ممارسة علاقة جنسية عادية. ولكن كيف توصلت الدكتورة شاييرو إلى هذه التقنية الفعالة؟ في عام ١٩٨٧ كانت فرانسيس شاييرو تعدّ لنيل درجة الدكتوراه في علم

النفس السريري، وخلال تجوالها في حديقة لوس أنجلوس في كاليفورنيا أحد أيام صيف عام ١٩٨٧، وحيث كانت منشغلة بأفكارها وذكرياتها وأحاسيسها المؤلمة، حيث أصيبت بمرض السرطان عام ١٩٧٩، وتركت زوجها، واتجهت نحو دراسة فنّ التأمل (Meditation) والتخيل الموجه، والعلاج التدمج الأخرى.

وابرمجه الدعويه العصبية، وحل شيء بدا لها مفيدا في السيطرة على مرض السرطان، وشُفيت من هذا المرض عندما كانت في عمر ٣٨ عاماً وهي على وشك نيل شهادة الدكتوراه في علم النفس السريري، وأفادت شايبو أنها وبسبب انشغالها بالذكريات المؤلمة التي عاشتها وهي تسير في هذه الحديقة في هذا اليوم لم تعد تتذكر تفاصيل هذه الذكريات المؤلمة في ما بعد، وبدت وكأنها تلاشت من تلقاء ذاتها خلال تحريكها لعينيها يمنة ويسرة، وكان ذلك بمحض الصدفة، واندحست شايبو من هذه الظاهرة التصادفية وهذا الاكتشاف الغريب. وقامت بتجريب اكتشافها على ٧٠ متطوعاً فحصلت على النتائج ذاتها. وفي السنة التالية نظمت دراسة بحثية في مقاطعة (Mendocino) في كاليفورنيا وأجريت هذه الدراسة على ٢٢ فرداً تعرّضوا للاغتصاب ولمخاوف الحرب، وسوء الاستخدام الجنسي في الطفولة، وكان هؤلاء يشكون من اجترار ذكريات الماضي المريرة (Flash Back) واضطرابات النوم والتي استمرت نحو ٢٣ عاماً. وقد لجأ هؤلاء إلى العديد من عيادات المشافي النفسية والعيادات الخارجية النفسية، واستمروا في العلاج النفسي لمدة ست سنوات، ومن جملة الأعراض التي يشكون منها ضعف تقدير الذات (Low Self-Esteem)، والاضطرابات البينشخصية (Interpersonal Disorders)، وخصصت شايبو لكل فرد من أفراد التجربة نحو ٦٠ دقيقة للعلاج بطريقة (EMDR) ولكل حادثة راضة مفردة (ذاكرة راضة) كانت محط الإزعاج عند هؤلاء الأفراد، وبدأت المعالجة شايبو تطلب من كل فرد أن يذكر لها وبالتفصيل مشاعر الكرب والضيق التي تتنابه عندما يتذكرها، وإلى أي حدّ يصدق ذلك عندما يكرّر الفرد على نفسه مقولات تعبّر عن الثقة بالذات والأمل (وكانت هذه الدراسة جزءاً من أطروحة الدكتوراه)، واتضح لشايبو في نهاية هذه التجربة العلاجية التي فيها عينة ضابطة، أن الذكريات الراضة عندهم قد فقدت شحنتها الانفعالية الراضة والمثيرة للكرب وللإزعاج، ووجدوا أن الأحاديث الذاتية

الإيجابية التي اختاروها أضحت أكثر قبولا واعتقاداً في نفوسهم، وتبين عند تقويم النتائج أن الذين كانوا قد تعرّضوا لسوء الاستخدام الجنسي (الاعتداء) في الطفولة أصبحوا أكثر تأكيداً لذواتهم، وأكثر انفتاحاً في علاقاتهم الاجتماعية حيث كانوا

الضابطة (Control Group) الذين لم يطبق عليهم علاج (EMDR) (أي لم يحركوا أعينهم) فلم يظهرُوا أي تحسّن في الأعراض. وخرجت الباحثة شايبو من تجربتها العلاجية بنتائج إيجابية، وساعد ذلك على أن تكون عضواً بارزة في مؤسسة الأبحاث للأمراض النفسية في مدينة بالو ألتو (Palo Alto). ومضت الدكتورة شايبو في تطبيق تقنياتها على ضحايا الاغتصاب الجنسي، وحرب فيتنام، ومرضى المخاوف، وضحايا الكوارث الطبيعية... وحققت نجاحاً باهراً لم تعرفه إلا أساليب العلاج النفسي السلوكي المعرفي. وفي المؤتمر العلمي النفسي الذي عقد عام ١٩٨٨، قدّمت الدكتورة شايبو نفسها إلى الطبيب النفسي العالمي جوزف ولي الذي أوجد تقنية التحصين المنظم، أو التخلص من الحساسية (Systematic Desensitization)، وهي تقنية فعالة في علاج الرضوض النفسية والمعمول بها الآن في أرجاء العالم كله، وعرضت عليه طريقتها في العلاج (EMDR) وطلبت منه أن تنشر نتائج أبحاثها في مجلته المُسمّاة (Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry).

احترم جوزف ولي شكوكه في مدى جدوى هذه التقنية العلاجية التي طرحها عليه الدكتورة شايبو فترك لنفسه القرار في اختيار فاعلية هذه الطريقة بأن جربها على ثلاثة مرضى فأصابته النجاح، ونشر الدكتور جوزف ولي تجربته العلاجية للمعالجة الحديثة التي ابتدعتها شايبو في مجلته التي أشرنا إليها، وبدأ هو وآخرون توسيع نطاق التجربة العلاجية. ومن المرضى الذين عالجهم جوزف ولي بطريقة (EMDR) امرأة تعرّضت لرض نفسي بسبب عملية اغتصاب جنسي وأصبحت تخاف من تعرضها مرة ثانية لنفس العملية (رهاب جنسي إشرطي) وبعد أن عُولجت خلال ١٥ جلسة وبطريقة العلاج النفسي التحليلي وبدون جدوى، تمكّنت بعد عشر جلسات بطريقة (EMDR) أن تمتنع عن تناول الكحول، وأصبحت تخرج من المنزل، وحتى أصبحت تعاشر الرجال بدون

خوف، والسير لوحدها في الشوارع وعلى الشاطئ في المسابح العامة، ومن المعروف علاجياً أن اضطراب الشدة الذي يلي عملية الرض (PTSD) يُعتبر من أصعب الاضطرابات وأكثرها عناداً تجاه مختلف العلاجات النفسية، وأصبحت مستويات القلق ينخفض وبشكل ملحوظ بعد جلسة علاجية واحدة ودون انتكاس.

أما على مستوى علاج حالات (PTSD) لدى المحاربين الأميركيين الذين كانوا في حرب فيتنام بواسطة تقنية (EMDR) فكانت النتائج تدعو للتفاؤل. وقد لاحظ المعالجون أن نسبة الانتحار لدى المصابين بهذا الاضطراب من المحاربين القدامى في فيتنام أكثر من الذين ماتوا في الحرب ذاتها. وتخوف الاختصاصيون من تزايد نسبة الانتحار، مما خلق قلقاً كبيراً لدى القوات المسلحة الأميركية والمراكز العلمية النفسية المهتمة بعلاج هذا الاضطراب. فهذا الاضطراب بالحاح أعراضه، وخاصة الأفكار الوسواسية الداخلية، واجترار ذكريات الماضي، والكوابيس الليلية، والميل لتعاطي المسكرات والمخدرات، والفشل الزوجي والمهني، كانت تعمق الاضطراب الاكتئابي المصاحب لها، وتدفع المريض إلى الانتحار، في وقت يقف العلاج النفسي عاجزاً إلى حد ما عن تقديم العلاج الفعّال لنسبة كبيرة من هؤلاء المرضى، إن بعض هؤلاء ظل يعيش ولمدة ٢٠ سنة تحت وطأة كوابيس القتال المخيفة التي عاشوها، مع استمرار انبعاث مشاهد الرض القتالي التي تعرّضوا لها حيّة في ذاكرتهم ولا تبارح مخيلتهم. وأن بعض النتائج الإيجابية تحققت من طريق العلاج السلوكي التعريضي - الإغراقي (Flooding) وعملية التحصين المنظم وإزالة الحساسية في منهج جوزف ولبي العلاجي (الذي أشرنا إليه سابقاً). فهذه الطرق السلوكية كانت مماثلة من حيث المنهج العلاجي والتطبيق لطريقة (EMDR) في التعريض للحوادث الراضة الماضية ولكن بدون تحريك العينين.

#### الافتراضات العلمية لآلية التأثير في طريقة (EMDR):

لم تشر الدكتورة شايبرو في بداية الأمر إلى أنها اكتشفت شيئاً جديداً. فأسلوبها العلاجي (EMDR) لا يتعدى التقنية السلوكية التي تزيل حساسية المريض من

ذاكرته الراضة والكوابيس الليلية، لذلك سمّت طريقته إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة تركيب البنية المعرفية، تمشياً مع الطرق السلوكية - المعرفية العلاجية، إلا أنها وبعد تطبيق طريقته في المجالات السريرية والعلاجية أدركت أن

عولجوا بطريقة شايبرو كانوا يعودون بذاكرتهم تلقائياً إلى حوادث الطفولة وبطريقة المعالج النفسي الديناميكي (التحليلي) وليس بأسلوب المعالج السلوكي. وعندما أخذت تحلل نتائج عملها العلاجي وجدت أن حركة العين كانت تسخ نسيجاً من المهارات السريرية الحدسية تتمحور حول التأثير التخريبي للرض النفسي على الدماغ. فعملية (EMDR) كما فسرتها الدكتورة شايبرو افتراضاً أنها تعمل على فتح الدارات المغلقة عصبياً عن مجرى النشاط الدماغى والمنسلخة عنه بفعل الرض النفسي المعزول عن السيالات العصبية الدماغية، فالرض النفسي كما افترضته يحدث عزلاً عصبونياً أو لنقل حصاراً (Blocking) لمجموعة عصبونات دماغية تعمل بمعزل عن مجرى نشاط الدماغ، وتعمل طريقته على إزالة هذا الحصار العصبوني وتجعل العصبونات المعزولة المحاصرة تستعيد وظيفتها ضمن نطاق النشاط الدماغى المتكامل. ومن خلال إزالة هذا الحصار تصحح كيميائية الدماغ ويزول الرض الحبيس ضمن هذا الحصار، فهذا الحصار بحد ذاته يجعل الصور الذهنية والذكريات والأفكار رداً لانفعالات تتفاعل على منطقة بلا ضوابط وذلك بفعل الترابط في مجرى ساحة الشعور، وتستحوذ عليه مترسخة نتيجة استمرار ظهورها في الوعي وما يترتب عن هذا الاستمرار والاجترار اللاشعوري والاستحواذ من تعزيز لاستمراريتها ودوامها على مستوى الآلية العصبونية في تشكل العادات المعرفية، وما تثيره أيضاً بفعل الترابط بين ذكريات الطفولة الراضة. فبعض المرضى يصرخون وينتحبون بعنف شديد، أو يعترتهم الأسى أو الخوف الشديد خلال الجلسة العلاجية عندما يتم إحياء الذاكرة الراضة وبعثها من جديد (Abreaction) وبعدها يتم هذا التعريض التنفسي الحبيس للذاكرة الراضة. فإن المريض يصبح أكثر استقراراً وهدهوءاً وأقل تحسناً وانفعالاً عند تذكر الحادثة الراضة ويتعلم شيئاً جديداً في هذا العلاج هو شعوره أن تفكيره قد تبدل حيال الذاكرة الراضة نفسها (أي إعادة تركيب البنية المعرفية وظهور تقويم جديد تكيّفي معرفي للحادثة الراضة ذاتها)

فالذاكرة الراضة تفقد قوتها وشحنتها المؤلمة، وأن المعتقد الجديد الذي ثبت من خلال الجلسة العلاجية حلّ محلّ المعتقد الخاطيء السابق الذي كان يخلّد الاضطراب الرضّي ويبقيه نشطاً وفعالاً.

## الجدل القائم بين المعالجين والعياديين حول مدى فاعلية طريقة EMDR:

حتى الآن لم تُعرف الآلية التي يتمّ من خلالها شفاء المريض أو تحسّن أعراضه بهذه الطريقة، وكلّ التفسيرات المطروحة هي محض افتراضات ونظريات. فالدكتورة شابيرو ترى افتراضاً أن الذكريات الراضة (Traumatic Memories) تماثل الدروس الممحية محصورة في الدماغ بفعل التبدلات البيوكيميائية العصبية التي تحدث أثناء التعرض لحالة الكرب الكبير، وأن هذه الخبرات غير المهضومة تبقى لسنين متوقعة حبيسة ضمن كيميائيتها، وأن حركة العينين تزيل من هذا التوقع أو الأسر وتعيد من جديد اتصال العصبونات المحصورة، وذلك ضمن النشاط الدماغى العصبونى المتكامل. وفي الجانب الآخر تبرز اعتراضات قوية تطلب ألا ينجرف العياديون والمعالجون وراء علاج لم تتحدد معالمه الراسخة بعد والقائمة على التجارب على عينات كبيرة كما حدث للعلاج السلوكى المعرفى المثبت مخبرياً وعيادياً ومنهجياً، ومن هؤلاء المعارضين الدكتور سيلفر الذي جرّب طريقة العلاج (EMDR) وحصل على نتائج متضاربة أو متناقضة، ووجد أن الثوابت في هذه الطريقة متبدلة جداً إذ تختلف من اختصاصى لآخر ومن مريض لآخر، لذا فهو ليس بالعلاج السحري كما يوصف الآن وهو يسأل في ما إذا كان كل فرد أو كل مريض يشعر بالتحسن بعد كل جلسة علاجية ويجب بلا.

أما العالم هاورد لبيتك فيقول: «بعض المرضى لم ينفهم هذا العلاج بشيء، والبعض الآخر حصل على تحسّن طفيف»، وهناك في الطرف الآخر علماء يساندون بحماسة بالغة، الطريقة العلاجية الجديدة، ويعتبرونها فتحاً جديداً في مجال العلاج النفسى، بل ثورة علاجية بكل ما لهذه الكلمة من معنى، ويرون أن نجاح هذه الطريقة رهن بتطبيقها من قبل اختصاصيين مهرة ومدربين، وبالمرضى الذين تناسبهم هذه الطريقة، والوقت المناسب، فإذا ما روعيت هذه النقاط فإن العلاج بطريقة (EMDR)

يكون فعالاً. فهذه الطريقة تحتاج إلى تدريب ولها مخاطرها إذا ما مورست من قبل غير مدربين كما تقول الدكتورة شابيرو، وخاصة إذا كان المريض يعاني من أكثر من رضّ نفسي واحد، ولم يتمّ استكمال تفريغ كامل للرضّ النفسى، وترك المريض وهم

بدون إزالة الرضّ إزالة تامة. إن الإقبال على تعلم هذه الطريقة في مجال التخصصى النفسى السريرى أصبح كبيراً اليوم، وأن مؤسسة (EMDR) التي مركزها كاليفورنيا أعدت برنامجاً عالمياً شمل كلاً من فرنسا، وهنغاريا، وبلجيكا، وغيرها من البلدان الأوروبية لتدريب الاختصاصيين العاملين في مجال العلاج النفسى والنصب النفسى السلوكى، ونأمل «بأن يهتم العاملون بهذه الطريقة بعقد حلقات علمية حولها، ودراسات لتحسين مستوى العلاج النفسى والصحة النفسية» وخاصة في البلدان العربية والإسلامية التي تعرضت للحروب وللكوارث مثل لبنان، والعراق، وفلسطين، وأفغانستان، وكوسوفو، والشيشان، وغيرها.

## العيادة النفسية السلوكية «عيادة الطب النفسى السلوكى» :Behavioural - psychiatric clinic

إن تطور الأساليب الحديثة في العلاج النفسى السلوكى، والسلوكى المعرفى مهّد لظهور العيادات النفسية السلوكية التي أصبحت أكثر انتشاراً في العالم وأهمية في مجال الطب النفسى، وعلاج الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية، لقد أشرنا سابقاً إلى أن أساليب العلاج النفسى السلوكية تختلف عن أساليب علاج النفسى الكلاسيكية (كما هي الحال لدى جماعة التحليل النفسى) حيث أن هذه الأساليب السلوكية (التقليدية) تهتم بعلاج الأعراض المرضية لمرضى النفسى أو للاضطراب السلوكى (The Symptoms) وبصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص المريض الآن (Here And Now). فائمهالع السلوكى التقليدى يهتم ولكنه لا يبحث كثيراً في جذور أو أعماق الاضطراب النفسى مثل القلق، أو الخوف المرضى، أو الوسواس، أو الاكتئاب، أو حالة الهستيريا، أو الإدمان، أو توهم المرض، أو الحالات السيكوسوماتية... كما لا يبحث المعالج السلوكى عن ذكريات الطفولة والعقد النفسية، والماضى، وعن الجوانب اللاشعورية أو العميقة بالنفس...



إلا أن تطور اتجاه العلاج النفسي السلوكي، والسلوكي المعرفي (والاتجاهات الإنسانية في العلاج النفسي) جعلت المعالج السلوكي يهتم بمعارف المريض ومدرسته، وتاريخ حالة المريض وتجارب الطفولة والذكريات الماضية، وعوامل الشخصية التي تسببت في ظهور المرض. وهكذا فإن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) أصبح أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة.

المعالج النفسي بمعلومات كافية عن حالة المريض، وعن شخصية المريض قبل مرضه، وبالتالي فإن ذلك يساعد في وضع خطة علاج مناسبة ويجعل المعالج يختار التكنيك السلوكي المناسب من ضمن مجموعة تكنيكات (Eclectic Psychotherapy) سلوكية، لهذا فإن مفهوم العيادة النفسية السلوكية في الوقت الحاضر لا يعني حرفياً التركيز فقط على السلوك الظاهري أو العرض المرضي، وإنما يعني هذا المفهوم الاهتمام أيضاً بمشاعر المريض وأحاسيسه الداخلية، وخبراته وتجاربه، ومفهومه عن ذاته ومواقف النجاح والفشل لديه وعلاقاته الاجتماعية... إلخ. وهذا ما تشتمل عليه عملية فحص الحالة العقلية للمريض النفسي (Mental State Examination)، لهذا فإن مفهوم العيادة النفسية السلوكية اختلف إلى حد ما في وقتنا الحاضر عما كان عليه في السابق عند بدايات ظهور العلاج النفسي السلوكي. ومما لا شك في أن الدراسات والتجارب التي أجراها علماء السلوك مثل بافلوف، واطسون، سكينر، تولمان، لازاروس، آيزنك، ولبي، وغيرهم حول العصاب التجريبي (سواء الدراسات التي أجريت على الحيوان أو على الإنسان)، بالإضافة إلى دراسة حالات مرضية من العيادات النفسية... أسهمت كلها في ظهور العيادات النفسية السلوكية وانتشارها، والتي أصبحت في وقتنا الحاضر لا غنى عنها وخاصة في مجال الطب النفسي. لقد أصبحت العيادات النفسية السلوكية في العالم مكتملة لعيادات الطب النفسي، وأصبح هناك نظم وقوانين تحكم العمل في العيادات النفسية السلوكية، على غرار ما هو موجود في عيادات الطب النفسي، لقد برهنت العيادات النفسية السلوكية على فاعليتها الكبيرة في معالجة العديد من الحالات النفسية والعقلية والسلوكية التي عجز عن علاجها الطب النفسي بواسطة الأدوية النفسية، كما أن الدراسات المقارنة بين فاعلية العلاج النفسي السلوكي والعلاج الطبي الدوائي، والعلاج بالأدوية الوهمية (Placebo) أكدت على فاعلية العلاج النفسي السلوكي، والسلوكي المعرفي في مجال علاج

الأعصاب (الأمراض النفسية)، وفي علاج الاضطرابات السلوكية، وفي علاج بعض الحالات العقلية الذهانية. كما أكدت هذه الدراسات على ضرورة تكامل العلاج النفسي مع العلاج الدوائي، أو مع غير ذلك من علاجات اجتماعية وبنية، ودون الحاجة إلى الأدوية النفسية.

ويمكن أن توجد العيادة النفسية السلوكية داخل مشافي الطب النفسي، أو أن توجد على شكل عيادة خارجية خاصة (Private). كما قد توجد هذه العيادة النفسية داخل المؤسسات الأخرى الصحية والتعليمية والتأهيلية، ويوجد في العيادة النفسية السلوكية غرفة خاصة لاستقبال المرضى، وسكرتارية لإرشاد المريض، أو لتسجيل البيانات الأولية عن المريض في ملف خاص (فتح الملف). ولا يشترط في العيادة النفسية السلوكية وجود أريكة (Couch) كما هو الحال في مدرسة التحليل النفسي، ولكن يستعاض عن الأريكة بكرسي مريح حيث يستطيع المريض والمعالج أن يكونا في وضع مريح، ويفضل جماعة العلاج النفسي السلوكي ألا يوجد بين المريض والمعالج مكتب أو طاولة تجعل المريض بعيداً عن المعالج، وأن يكون المريض قريباً من المعالج، مما يدعم العلاقة العلاجية. كما يفضل البعض أن تكون ملابس المعالج غير رسمية، مع استخدام اللغة الدارجة، ويمكن للمريض إحضار مُسجِّل خاص به لأخذه إلى المنزل للاستماع إلى نتائج المقابلة مع المعالج، بالإضافة إلى مُسجِّل المعالج، حيث يتم تسجيل المقابلات على شريط كاسيت ويكون ذلك بعد استئذان المريض، وذلك للاستماع إليها وتقويمها. ويفضل بعض المعالجين مثل (البرت إيسر) جلوس المريض على مقعد متحرك. كما تتبع العيادة النفسية السلوكية غرفة خاصة للقياس النفسي (Psychometric) حيث يتم تطبيق اختبارات القياس النفسي وذلك في ضوء حالة المريض مثل اختبارات الشخصية واختبارات لقياس حالة الخوف، القلق، وسواس، الاكتئاب... وكذلك اختبارات لقياس الوظائف العقلية المعرفية مثل الذكاء والذاكرة. كما يمكن استخدام اختبارات لمعرفة مفهوم الذات، وأساليب التنشئة الأسرية، ومركز الضبط أو التحكم الداخلي - الخارجي لدى المريض بالإضافة إلى اختبارات نفسية - عصبية مثل اختبار بندرجشتالت، واختبار بنتون، واختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، وغير ذلك من اختبارات تفيد في عملية التشخيص، وتقويم شدة المرض كما تفيد في معرفة

مستوى تحسن الأعراض السلوكية لدى المريض بعد العلاج، ويتوفر في العيادة النفسية السلوكية الحديثة غرفة خاصة للتدريب على الاسترخاء (أو التنويم الإيحائي) وهذه الغرفة تكون بعيدة عن المثيرات وعن الضوضاء وتكون مناسبة لإجراء العلاج. كما تتوفر أيضاً غرفة خاصة لدراسة حالات الأطفال وعلاجهم وتعديل سلوكهم، أو لملاحظة تصرفاتهم، أو للقيام ببعض الأدوار العلاجية... ويمكن أن يتوفر في العيادة النفسية السلوكية غرفة لإجراء عمليات العلاج النفسي السلوكي الفردي، أو الجماعي أو الأسري والزواجي... وغالباً ما يوجد في العيادة النفسية السلوكية اختصاصي لعلاج حالات التأخر أو الاضطراب في النطق والكلام (Speech Therapist)، وكذلك اختصاصي اجتماعي (Social Worker) وذلك لمعرفة أوضاع المريض الأسرية والاجتماعية والمشكلات التي يعاني منها. وعادة لا يركز المعالج السلوكي كثيراً على مفهوم العلاقة العلاجية مع المريض، وغالباً ما يكون موضوعياً في علاقته مع المريض، قليل الدفء ولا يظهر صداقة في علاقته.

وفي العيادة النفسية السلوكية يتم تحليل سلوك المريض، وتحديد السلوك المستهدف للعلاج (Target Behaviour)، وكذلك تحديد عدد مرات تكرار السلوك السلبي يومياً أو أسبوعياً... وكذلك تحديد الآثار النفسية والصحية والعقلية والمهنية والاجتماعية والأسرية والتعليمية وغير ذلك المترتبة عن هذا السلوك. وفي هذا المجال يمكن للمعالج النفسي تحديد ما يسمى الخط القاعدي (baseline) لمرات عدة حدوث السلوك، وعلى المعالج معرفة الحوادث التي سبقت حدوث السلوك المضطرب (Antecedents)، وكذلك معرفة لواحق هذا السلوك أو تبعاته (Consequencies)، وما هي المكاسب أو (المعززات) التي يحققها المريض من سلوكه أو من أعراضه المرضية، وبالإضافة إلى ذلك يمكن للمعالج السلوكي، ومن خلال تقنيات العلاج، تدريب المريض على بعض المهارات الشخصية أو الاجتماعية مثل تأكيد الذات وكيفية مواجهة الضغوط النفسية، أو التعبير عن المشاعر والأفكار، أو الاعتراف بالخطأ، أو كيفية امتصاص انفعالات الآخرين وغضبهم، تقبل النقد الذاتي مع إبداء استعداد للتغيير، كما يمكن للمعالج تعديل البنية المعرفية للمريض وتصحيح الأفكار الخاطئة لديه، كما

يمكنه تدريب المريض على عملية التنظيم أو التحكم الذاتي، وعلى طريقة توليد الأفكار في التأمل الذاتي... إلخ. وعادة يكون المعالج النفسي السلوكي في تواصل مع الطبيب النفسي المختص، وأحياناً طبيب الأعصاب، أو الطبيب الباطني... إلخ.

وعلاجها وهذا ما دعت إليه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والجمعية الأمريكية لعلم النفس والطب النفسي السلوكي، حتى أن الدول المتقدمة في العالم أدخلت العيادات النفسية والنفسية السلوكية في جميع المجالات الطبية والحيوية، وداخل المصانع والمؤسسات الاجتماعية والاقتصادية والعسكرية والتعليمية... وتشير الإحصائيات إلى أنه يوجد حتى عام (٢٠٠٠م) نحو ٧٨٠٠ عيادة نفسية سلوكية في أميركا ونحو ٤٨٠٠ عيادة نفسية سلوكية في بريطانيا.

إلا أنه، ومن المؤسف، في دولنا العربية والإسلامية ما زال الوعي الصحي النفسي ضعيفاً، وما زالت الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي (Social Stigma) والإحساس بالخجل والخوف والحرج تجاه المرض النفسي تسيطر على عقول أفراد هذه المجتمعات، ومن المؤسف أيضاً أن في إطار هذا التخلف وضعف الوعي الصحي النفسي أصبح للمطوعين (Folk Healers) والمشعوذين، والسحرة وبعض رجال الدين وغيرهم القدرة على ممارسة ما يدعونه بأنه العلاج النفسي أو العلاج الديني والروحي، أو العلاج... مما ترتب على ذلك مخاطر ومضاعفات صحية واجتماعية عانى منها العديد من المرضى الذين ساءت حالتهم ويتبعون الآن في عنابر مشافي الطب النفسي<sup>(\*)</sup>.

ويمكن أن تكون العيادة النفسية تابعة لمستشفى طب نفسي، أو تابعة لمستشفى عام، أو تابعة لمؤسسة من مؤسسات الخدمة الاجتماعية أو تابعة لمؤسسة صناعية، أو تجارية، أو عسكرية، أو تربية حيث تقدم العيادة النفسية الخدمات النفسية لمن

(\*) إن أول عيادة نفسية سلوكية في دولة الإمارات العربية المتحدة كانت في مستشفى الطب النفسي في أبوظبي، قام بإعدادها والإشراف عليها مؤلف هذا الكتاب مع توفير بعض الوسائل اللازمة، مثل أجهزة التغذية الراجعة الحيوية وغيرها، وإجراء التدريبات على العلاج بالاسترخاء، وعلاج بعض الحالات المرضية سلوكياً ومعرفياً، مع متابعة هذه الحالات (كما أسس أيضاً العيادة النفسية السلوكية في جامعة قارونس في ليبيا وكان مديراً لهذه العيادة (١٩٩١ - ١٩٩٥).

يحتاجها، ويمكن أن يشمل عمل العيادة النفسية تدريب طلبة الطب وعلم النفس وموظفي المؤسسات الأخرى، أو أطفال المدارس. لهذا فإن المعالج النفسي يمارس عدداً من الأعمال تضم القياس النفسي والتشخيصي والعلاج، والإرشاد،

إلى إجراءات البحث العلمي، وكتابة التقارير النفسية. والمعالج النفسي يتحمل مسؤولية كبيرة نحو المتعالج (أو المريض)، وممارسته لمهنته تجعله يتواصل مع عدد كبير من المرضى والأفراد والاختصاصيين، وهو قد يرتكب خطأً كبيراً في المهنة الأخرى، لذلك فإن شروط تأهيله المهني يبعده عن كثير من الأخطاء بحق مهنته ومرضاه، لذلك لا بد من توفر مستوى مناسب من الذكاء، ومن التحصيل الدراسي، ومن صفات الشخصية، ومن المؤهلات العلمية التي ترقى لمستوى الدكتوراه (P.h.D) في علم النفس، وأن يكون على خلق، ويحافظ على الأخلاق المهنية مثل السرية والمسؤولية، والكفاءة العلمية، والممارسة المهنية وغير ذلك.

### العلاقة المهنية بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي:

إن المتتبع لتطور الدراسات النفسية بشكل عام، والدراسات النفسية السريرية بشكل خاص، يجد أن هذا الميدان من الدراسات العلمية له أهمية كبرى على مستوى المؤسسات الصحية، والجامعات ومراكز البحث في العالم، وهذه الأهمية تزداد يوماً بعد يوم، والواقع أن العديد من المشكلات التي يواجهها العالم اليوم من حروب، وكوارث، وصددمات، وحوادث، وفوضى في النظام، وحالات قلق وقهر وتوتر وضغوط نفسية، ومخاوف وصراعات نفسية وحالات إدمان، وتفكك أسري، وجرائم عنف وعدوان، ودعارة، واغتصاب... وغير ذلك، يمكن تفسيرها جميعاً، ومواجهتها أو حلها، من طريق فهم الطبيعة الإنسانية وبالاعتماد على التفكير العلمي والمنطقي والعقلاني في طرح هذه المشكلات والكشف عن أسبابها وعلاجها والوقاية منها... وهذه من أهم وظائف علم النفس وأهدافه، وكذلك من أهم وظائف الاختصاصي النفسي. والمتتبع للتطورات العلمية النفسية ولمجالات علم النفس يدرك وبدون تعصب حقيقة أن هناك اعترافاً متزايداً على مستوى العالم بأهمية علم النفس، وبسكينة الدراسات النفسية والسريرية في

تشخيص وعلاج وتأهيل الأفراد والمرضى، ونحن لا نزعم أن الدراسات النفسية والسريرية بلغت أوجها في الوقت الحاضر فهي ما زالت في طور التقدم العلمي النظري والعملية التطبيقي، وكباقي الفروع العلمية التي تحتاج إلى الإفادة من علم

التطور تمّ تعديل العديد من النظريات، ووجهات النظر، وكذلك تعديل البرامج الطبية في الجامعات، وخاصة برامج الطب النفسي، وعلم الأعصاب.... وغير ذلك من علوم، إلا أن هذا التطور لم يخلُ من بعض المشكلات والصدمات مع أعداء علم النفس أو معارضيه، وظهر ذلك بوضوح بعد الحرب العالمية الأولى في عام (1918) حيث ظهرت جماعات طبية تعارض مجال علم النفس وتعمل على الحدّ من تطوره، بالرغم من الحقيقة الواقعية التي تثبت أهمية هذا العلم ومكانته، وخاصةً داخل المجالات الطبية، وهذه الجماعات تدرك الحقيقة وأهميتها إلا أنها تنكر ذلك، بسبب الجهل أو العناد، أو الصراع النفسي، أو بسبب عدم القدرة على الاعتراف بهذه الحقيقة، وهذا أكثر ما ينطبق على مجال الطب النفسي، حيث نجد بعض الأطباء النفسيين يرون أن عملية تشخيص حالات الأمراض النفسية أو حالات التدهور العقلي هي مشكلة طبية بحثة تحتاج إلى طبيب ماهر، ونسوا في ذلك دور القياس النفسي (Psychometric) في عمليات القياس والتشخيص للقدرات العقلية والاضطرابات النفسية والعقلية، كما أغفلوا أهمية العلاجات النفسية السلوكية والسلوكية المعرفية، والإرشاد، وغير ذلك. والواقع أن تداخل الأدوار بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي السريري (وبين طبيب الأعصاب) أدى إلى مجموعة من الصراعات والحساسيات كان الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي السريري في غنى عنها طالما أن الهدف واحد وهو تقديم المساعدة الطبية والنفسية للمريض النفسي. ومن أجل ذلك، أقيمت مؤتمرات عدة مشتركة بين الجمعية الأميركية للطب النفسي (APA) والجمعية الأميركية لعلم النفس (APA)، وذلك من أجل حل هذه الصراعات والحساسيات والتي غالباً ما كانت تصدر من جهة الأطباء النفسيين، ومع ذلك بقي هذا الصراع موجوداً، بل ازداد شدة بسبب التطور الكبير الذي حدث في مجال القياس والتشخيص النفسي، والطب السيكوسوماتي، وعلم النفس العصبي،

والعلاج النفسي، وعلم النفس الجراحي، وعلم نفس الحمل والولادة والنمو، وعلم النفس الطبي، والطب النفسي السلوكي، وعلم النفس السريري، وعلم النفس الجنائي، وعلم النفس التجريبي... إلخ. وكانت النتيجة أن الأطباء النفسيين

شخصياً بل يتعلق بالنواحي المهنية. وكان الخوف أن يؤثر هذا الخلاف على حالة المريض وعلى المهنة بشكل عام. وفي عام ١٩٣٠ تطور عمل الاختصاصي النفسي بفضل انتشار وسائل القياس والتشخيص، وبفضل أعمال جماعة جامعة هارفارد (هنري موراي H. Murray) والاهتمام بالاختبارات النفسية والإسقاطية، وكذلك أعمال صموئيل بك (S. Beck) وغيره، بالإضافة إلى انتشار اتجاه التحليل النفسي في الولايات المتحدة، مما أثر على الكثير من الأطباء الذين احتاجوا إلى تدريبات في مجال العلاج النفسي، وحدث تحوّل تدريجي في دور الاختصاصي النفسي من مجرد القياس والتشخيص إلى الإرشاد والعلاج النفسي، وإجراء الأبحاث العلمية. وفي عام ١٩٤٤ وأثناء الحرب العالمية الثانية عمل الاختصاصيون النفسيون إلى جانب الأطباء النفسيين، وزاد الطلب على الاختصاصي النفسي الذي أصبح بفضل التطور العلمي والتدريبات أكثر مهارة وموضوعية في عملية التشخيص النفسي والعلاج النفسي والبحث العلمي، وفي فترة ما بعد الحرب، وبسبب ما حملته الحرب للأفراد من مشكلات وضغوط نفسية، زاد مرة أخرى الطلب على الاختصاصي النفسي الذي توسّع في استخدام وسائل التشخيص النفسي والانعقلي والإسقاطي، وكذلك التوسّع بالاهتمام بمشكلات الكبار والصغار، واستخدام الاختبارات النفسية النيورولوجية، وبعمليات الإرشاد الأسري، والعلاج النفسي الفردي والجماعي...

وفي عام ١٩٤٦ قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس بتنظيم برامج لإعداد الاختصاصي النفسي وتدريبه، وذلك بالتعاون مع الجامعات والمراكز الصحية، ومراكز البحث العلمي... وشكلت لجنة مكونة من العلماء (هلجارد - كيلبي - ستانفورد - شافر - وبرناسة العالم شاكوف)، ووضعت مقترحات لتحسين تدريب الاختصاصي النفسي ودوره كمهني عليه التعاون مع الطبيب النفسي. وتمّ في عام ١٩٤٦ دمج الجمعية الأمريكية لعلم النفس مع الجمعية الأمريكية لعلم النفس

التطبيقي في جمعية واحدة كان هدفها تطوير الاتجاه النفسي الأكاديمي والتطبيقي والبحثي. وبالرغم من تطور واتساع الخدمات النفسية السريرية والمهام الكبيرة التي يكلف بها الاختصاصي النفسي لم تكن هناك قناعة أو رضا لدى

وكرد فعل لإحساس الطبيب النفسي بأن عمله (أي عمل الطبيب النفسي) سيكون محدوداً لا يتجاوز تحديد جرعة الدواء للمريض، (علماً أن المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة سمحت حالياً للاختصاصي النفسي أو للاختصاصي في الطب النفسي السلوكي، وبعد إجراء دورة في علم الأدوية النفسية وتوفير مؤهلات محددة أن يصف الدواء للمريض تماماً كما يفعل الطبيب النفسي)، لهذا تمّ التوجه إلى الجمعية الأمريكية لعلم النفس التي قامت بالتعاون مع الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تنظيم مهنة الاختصاصي النفسي، وأصبح قطاع علم النفس السريري (Clinical Psychology) هو القطاع الثاني عشر في الجمعية الأمريكية لعلم النفس. وفي الخمسينات زاد مرة ثالثة الاهتمام بالاختصاصي النفسي وخاصة داخل المشافي والمؤسسات الصحية ومراكز التأهيل، وأصبح الاختصاصي النفسي يفخر في مكانته ويتطلع إلى القيام بالعمل السريري المستقل، ولم تعد مهمته محصورة في مجال التشخيص بل تعدّت هذه المهمة إلى العلاج النفسي، وأصبح للاختصاصي النفسي وسائله، وتقنياته الخاصة، وأصبح يتحمل المسؤولية، وكذلك الاستقلال في عمله. إلا أن ذلك زاد من حسد الأطباء النفسيين وضغينتهم وحاولوا انتقاد هذه الأوضاع، واتهام الاختصاصي النفسي بأنه يعطي لنفسه حجماً أكبر من الحقيقة. وهنا وجدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وجمعية علم النفس الأمريكية ضرورة وضع قانون ينظّم دور كل منهما، كما ينظّم مهنة الطب النفسي والعلاج النفسي، وكان ذلك أمراً ضرورياً لحماية المهنة واحترامها، وحماية المرضى والمجتمع من الدخلاء على المهنة مثل الدجالين والمشعوذين والمطوعين وغيرهم... وهذه النظم والقوانين الجديدة عملت على جعل الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي يتعايشان معاً، كما تمّ وضع ميثاق أخلاقي للمهنة. وفي مطلع ١٩٥٥ قويت حركة الصحة النفسية المجتمعية وانتشرت المراكز الصحية النفسية ومراكز منع الانتحار، والوقاية من المخدرات ومراكز الإرشاد

الأسري... في كل من أميركا وأوروبا. وفي عام ١٩٥٥ سُكِّلت لجنة من الكونغرس الأمريكي قامت بدراسة حجم ظاهرة الأمراض النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية، وتقدير الحاجات المستقبلية من الاختصاصيين النفسيين.

الاختصاصيين النفسيين والاعتماد على جهودهم، وكذلك التوسع في مراكز الوقاية عوضاً عن التوسع في إنشاء المشافي النفسية، لهذا كانت الأولوية من حيث الاهتمام بالاختصاصيين النفسيين، وزادت الاعتمادات المالية لهذا الغرض، ووافق الكونغرس عام ١٩٦٣ على هذه الاعتمادات. ومرة أخرى وجد الاختصاصيون النفسيون أنفسهم في مواجهة اهتمامات وتطورات جديدة.

وفي السبعينات تطورت أساليب العلاج النفسي، ولم يعد مفهوم العلاج مقتصرًا على العلاج الطبي الدوائي، أو مفهوم التحليل النفسي، وزاد عدد الدراسات والبحوث العلمية النفسية، وأصبحت مهنة الاختصاصي النفسي السريري هي مهنة علم وفن. وبعد ذلك تعددت المؤتمرات العالمية لتدعيم مهنة الاختصاصي النفسي مثل مؤتمر بولدر، ومؤتمر ميامي (١٩٥٩) ومؤتمر كولورادو (١٩٧٣)، ومؤتمر واشنطن (١٩٨٠) ومؤتمر تورنتو (١٩٩١)، ومؤتمر ليون في فرنسا (١٩٩٤)، وكلها أثنت على أهمية الاختصاصي النفسي ودوره الهام في مجال الطب النفسي والصحة العامة، وصحة المجتمع.

والواقع أن الصراع بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي بقي مستمرًا وتحول من صراع مهني إلى صراع شخصي على مستوى المؤسسات المهنية. وهذا الصراع كان أمرًا لا بد منه بسبب اختلاف المفاهيم والتصورات والإعداد المهني، وتشير بعض الآراء إلى أن الطبيب النفسي يعتقد بأنه تلقى تدريباً أفضل من الاختصاصي النفسي، ويمكنه تحمُّل مسؤولية المريض لمدة ٢٤ ساعة، بينما الاختصاصي النفسي أقل خبرة وبصورة لا تمكنه من اتخاذ القرار المناسب، كما أن توجُّهه نحو المرض والمرضى هو توجُّه أكاديمي أكثر منه عملي، كذلك فإن الطبيب النفسي يعتقد خطأً بأنه أقدر على التمييز بين الأمراض الجسمية والأمراض النفسية وبشكل أفضل، وهو (أي الطبيب النفسي) يستطيع من الناحية القانونية وصف العقاقير أو إعطاء الصدمات الكهربائية (E:CT)، وكذلك إيداع المريض في

المستشفى، وهذه أمور لا يستطيع أن يقوم بها الاختصاصي النفسي... والواقع أن مثل هذه الادعاءات ليست منطقية، وغير صحيحة، والمشكلة هي في أن نظرة الطبيب إلى المريض نظرة مادية جسدية كيميائية، بينما الاختصاصي النفسي ينظر إلى ضغوط نفسية، وله مشاعره، وأحاسيسه، ورغباته، وتفكيره، وشخصيته... وهذه في الواقع هي سبب معظم الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية، وهناك فرق شاسع بين الاهتمام بالمرض أو العرض فقط، وبين الاهتمام بالمريض كإنسان...

وبالرغم مما يتوقَّر لدى الاختصاصي النفسي من مؤهلات علمية، وشهادات، وتدرجات، وخبرات وخاصة في مجال القياس والبحث العلمي وأساليب العلاج النفسي أكثر مما يتوقَّر لدى الطبيب النفسي، فإن الصراع ما زال قائماً ويزداد سوءاً وخاصة في مجتمعاتنا العربية المتخلفة عن الوعي الصحي... والنفسية، وحتى قد يصل هذا الصراع إلى درجة العنف والضرب، وبعض الأطباء النفسيين يرون أن العلاج النفسي لا يمكن أن يكون فرعاً من فروع الطب، وأن رؤاد العلاج النفسي في العالم مثل (أريك فروم - وكارل روجرز - وروولو موي - وأنا فرويد - وإريكسون - وأوتو رانك - والبرت إليس - والبرت بندورا - وفردريك بيرلز - ولازاروس... وغيرهم) هم ليسوا من الأطباء، وهذا الادعاء لا أساس له من الصحة، فإذا كان العلاج النفسي، وهو عنصر أساسي في مجال اختصاص الطب النفسي ليس فرعاً في الطب، فإن هذا يفترض أن مهنة الطب النفسي ليست فرعاً من فروع الطب، أو هي ليست حكراً على الأطباء، ونحن نلاحظ أن المطوعين، وبعض رجال الدين، والمشعوذين وغيرهم يدَّعون بأنهم أطباء نفسيون ويقومون بالعلاج، ويصفون الأدوية المختلفة وبعض المرضى يتحسنون على أيديهم، وهذه إجابة على ما يدعيه بعض الأطباء النفسيين، فكيف الحال إزاء اختصاصي نفسي، متخصص، ومتأهل، ومدرب ولديه المؤهلات العلمية العالية<sup>(١)</sup>، ومصرح له قانوناً

(١) من هذه الخيرات في عالمنا العربي نذكر: العالم العربي السوري محمد حمدي الحجار - حائز شهادة الدكتوراه (Ph.D) في علم النفس السريري، والبوردة الأمريكية في الطب النفسي السلوكي، والبوردة الأمريكية في علم النفس الطبي، وهو من الأصدقاء المقربين للعالم لازاروس في

في حاجة لذلك طوال فترة العلاج، وفي دراسة مسحية لأركان ووب عام ١٩٧٩ على عينة من الاختصاصيين النفسيين انتهت إلى النتيجة السابقة نفسها لدى باترسون.

ومن ناحية أخرى نجد أن التعليم في كليات الطب يحتوي على قدر ضئيل من مفردات علم النفس والسلوك الإنساني ومشكلاته، كما أن مناهج البحث في كليات الطب محدودة، أما الاختصاصي النفسي فإنه يمضي على الأقل نحو ثماني سنوات في أميركا وعشر سنوات في مصر (٤ + ٦) والعالم العربي، وذلك لدراسة المقررات المتنوعة في علم النفس بالإضافة إلى بحوث الماجستير والدكتوراه، والاطلاع على مجالات القياس النفسي، والعقاقير الطبية النفسية (Psychopharmacology). والمعالج النفسي يشخص حالة المريض ويعالجه ويساعده على استبصار ذاته ووعي مشكلاته اللاشعورية ويعدّل من أنماطه الفكرية... ثم إن للعلاجات الدوائية مضاعفات جسمية، وهي (أي الأدوية) وسيلة مساعدة فقط في عمليات العلاج ولا تحقق حسب الدراسات إلا نسبة تحسّن تقلّ عن ٥٠٪ عن الأعراض المرضية وفي أحسن الحالات. ومن أجل التخفيف من حدّة الصراع بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي صدر عام ١٩٥٣ ومن قبل (APA) كتيّب تحت عنوان «المعايير الخلقية للاختصاصيين النفسيين» حيث تمّ اعتماد مبادئ وأسس لضبط المسؤولية، والكفاءة، والمعايير الأخلاقية والقانونية، وموضوع السريّة، ومصالحه العميل، والعلاقة المهنية، واستخدام وسائل القياس النفسي، والبحث العلمي، والتوعية النفسية... وعادة ما يلتزم الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي بذلك، هذا وقد تمّ عام ١٩٥٦ إعداد قانون رقم ١٩٨ لتنظيم مهنة العلاج النفسي في مصر، وبعض البلدان العربية مثل سوريا والأردن، كما صدرت قوانين لتنظيم وتنسيق المهام بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي والذي أصبح عمله شائعاً ومألوفاً في مستشفيات الأمراض النفسية، والمشافي العامة، وفي مراكز المعوقين، ومراكز علاج الإدمان، ومراكز الأحداث الجانحين، والتأهيل، والمسنين، وضعاف العقول، وفي السجون، وفي الصناعة، والقوات المسلحة، ومراكز البحوث، والجامعات وغيرها. وفي مصر أنشئت عام ١٩٥٦ رابطة المعالجين النفسيين من غير الأطباء. ويشترط لترخيص ممارسة العلاج

بممارسة مهنة العلاج النفسي، والمؤسسات الصحية العالمية تعترف بدوره في مجال التشخيص والعلاج والتدريب والبحث العلمي؟.. إن الطبيب النفسي الناجح، والواعي صحياً وعلمياً هو الذي يعترف وببساطة بأهمية الاختصاصي النفسي وضرورة، وبراسم - عسيب وعسيب من أجل تحقيق أكبر عائد للمريض. وإلا كان هذا الطبيب النفسي مريضاً ويستحق الشفقة والعلاج.

ومن ناحية أخرى وجد أن هذه المسؤولية الملقاة على عاتق الطبيب النفسي محدودة جداً وبحدود مجال التخصص، فالطبيب النفسي لا يعالج ولا يشخص أمراضاً جسمية، بل هو مسؤول عن حالة نفسية وصحة عقلية فقط، وهذا مماثل لعمل الاختصاصي النفسي، بل إن عمل الاختصاصي النفسي يفوق حالياً مسؤولية وصف الدواء فقط، ولهذا كان التكامل في العمل المهني وعدم المغالاة ضرورياً، ومن الناحية العملية نادراً ما نجد المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي في حاجة إلى فحوص دورية جسمية، وإذا احتاج المريض إلى فحص جسدي أو علاج جسمي فكلاهما (الطبيب النفسي والمعالج النفسي) يحولان المريض إلى استشاري الباطنية... وقد أشارت دراسة باترسون (Paterson E.) عام ١٩٧٨ على عينة من الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة إلى أن جميع أفراد العينة لم يقوموا بأي فحوص طبية على مرضاهم، كما أقرّ نصف المرضى أنهم لم يكونوا

الولايات المتحدة. وكذلك العالم العربي المصري عبد الستار إبراهيم، أستاذ علم النفس السريري، ورئيس قسم الطب النفسي في كلية الطب - جامعة الملك فيصل (سابقاً) والحائز دكتوراه الفلسفة في علم النفس، والبوراد الأميركي في الرعاية الصحية العقلية، وكذلك مؤلف هذا الكتاب الحائز دكتوراه الفلسفة (Ph.D) في علم النفس ومن الذين عملوا في مشافي الطب النفسي في الجزائر وقسنطينة وهران، ومصر، ودمشق والإمارات وليبيا، وكان مسؤولاً عن العيادة النفسية في جامعة قاريونس (ليبيا) وعمل استشارياً أول ورئيس قسم علم النفس السريري في مستشفى الطب النفسي في أبو ظبي، مؤسس ومدير تحرير مجلة الطب النفسي في أبو ظبي، واستشاري في المجلة العربية للطب النفسي، ومجلة الثقافة النفسية (لبنان)، أشرف على تدريب أطباء البورد العربي في الطب النفسي، وأطباء البورد العربي في طب الأسرة، كما أسهم في تدريب أطباء الصحة المدرسية وطلبة الجامعات (قسم علم النفس) على عمليات التشخيص والعلاج النفسي، أنجز العديد من المؤلفات في علم النفس والطب النفسي ونال عدة جوائز علمية في البحث العلمي... إلخ. وأمثال هؤلاء، من علماء النفس لهم فضل كبير على تطوير مجالات الطب النفسي وعلم النفس السريري في الوطن العربي.



## المراجع العربية

- ١ - إبراهيم الفقي: البرمجة اللغوية العصبية، المركز الكندي للبرمجة، كيبك، كندا، (٢٠٠١م).
- ٢ - جودت عزت عبد الهادي وآخرون: تعديل السلوك الإنساني، الدار العلمية للدور، الأردن، عمان، (٢٠٠١).
- ٣ - جمال الخطيب: تعديل السلوك، القوانين والإجراءات، الأردن، الجامعة الأزرق، كلية التربية، (١٩٨٧).
- ٤ - حامد عبد العزيز الفقي: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مترجم، دار القلم، القاهرة، (١٩٨١).
- ٥ - عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي السلوكي - المعرفي، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، (١٩٩٤).
- ٦ - عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، مكتبة مديولي، القاهرة، (١٩٨٠).
- ٧ - فيصل الزراد: تعديل السلوك البشري، مترجم، دار المريخ، الرياض، (١٩٩٣).
- ٨ - فيصل الزراد: علاج الأمراض النفسية، (ط٢)، دار العلم للملايين، بيروت، (٩٢).
- ٩ - فيصل الزراد: الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت، (١٩٨٣).
- ١٠ - فيصل الزراد: الأمراض النفسية - جسدية، دار التفائس، بيروت، (٢٠٠٠م).
- ١١ - لويس كامل مليكة: العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت، (١٩٠).
- ١١ - محمد حمدي الحجار: الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت، (١٩٠).
- ١٢ - محمد حمدي الحجار: فن العلاج في الطب النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، (١٩٩١).
- ١٣ - محمد حمدي الحجار: أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، دار العلم للملايين، بيروت، (١٩٨٧).
- ١٤ - محمد حمدي الحجار: العلاج النفسي السلوكي للتوتر والغضب، دار التفائس، بيروت، (١٩٩٨).
- ١٥ - محمد حمدي الحجار: الوجودية في ممارسة العلاج النفسي السلوكي، دار التفائس، بيروت، (١٩٩٩).
- ١٦ - محمد زياد حمدان: تعديل السلوك الصفي، مؤسسة الرسالة، بيروت، (١٩٨٢).
- ١٧ - محمد فرغلي فراج، وسلوى الملا: تعديل سلوك الأطفال، مترجم، دار المعارف، القاهرة، (١٩٧٦).



- 15 - Ullman, L. P. and Krasner, L. (*Case Studies in Behaviour Modification*), New York: Holt, Rinehart and Winston, (1962).
- 16 - Wilson, G. T. and O. Leary, K. D. (*Principles of Behaviour Therapy*), Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, (1980).
- University Press, Stanford, Calif.
- 18 - Wolpe, J. and Rachman, S. (1960): *Psychoanalytic «Evidence»: A Critique Based on Freud's Case of Little Han's* J. Nerv. Ment. Dis. 130, 136-48.
- 19 - Wolpe, J. (1964): (*Behaviour Therapy in Complex Neurotic State*), Brit. J. Psychiat. 110, 28.
- 20 - Wolpe, J. and Lazarus, A. A. (1966): (*Behaviour Therapy Techniques*), Pergamon Press, N.Y. USA.
- 21 - Wolpe, J. (1961): (*The Systematic Desensitization Treatment of Neuroses*), J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 132.
- 22 - Wolpe, J. (1963): (*Quantitative Relationships in Systematic Desensitization of Phobias*), Amer. J. Psychiat. Vol 119.
- 23 - Wolpe, J. and Lang, P. J. (1964): (*A Fear Schedule for Use in Behaviour Therapy*), Beh. Res. Ther., Vol. 2.
- 24 - Wolpe, J. (1952): *Experimental neuroses and Learned Behaviour*, Brit. J. Psychol. 43.
- 25 - American Psychiatric Association, Diagnostic Criteria From DSM-IV, (1994) U. S. A. Washington DC.

## المراجع الأجنبية

- 1 - Axelrod, S. *Behaviour Modification for the Classroom Teacher*, 2<sup>nd</sup> Ed. New York, McGraw-Hill (1983).
- 2 - American Board of Medical Psychotherapists, *Journal of Medical Psychotherapy*, Volume (3) Hogrefe and Huber publishers, Toronto, Canada.
- 3 - Craighead, W. E. Kazdin, A. E. and Mohoney, M. J. *Behaviour Modification: Principles, Issues, and Applications*, Boston, Pa Houghton Mifflin, Co. (1976).
- 4 - Dollard, J. and Miller, N. E. *Personality and Psychotherapy*, New York, McGraw-Hill (1950).
- 5 - Eysenck, H. J.: *Learning Theory and Behaviour Therapy* In Eysenck, H. J. (ed) *Behaviour Therapy and Neurosis*, New York, Pergamon Press, (1960).
- 6 - Fuller, E. *Behavioural Medicine: Stress, Management and Biofeedback* San Fransisco, Biofeedback press (1980).
- 7 - Jacobson, E: *Progressive Relaxation*, Chicago: University of Chicago Press, (1938).
- 8 - London, P.: *The Modes and Morals of Psychotherapy*, New York: Holt, Rinehart and Winston, (1964).
- 9 - Martin, G. and Pear, J. (*Behaviour Modification*), What It Is, and How to Do It), 2<sup>nd</sup> Ed. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall (1983).
- 10 - Mikulas, W. L. (*Behaviour Modification*), New York: Harper and Row, (1978).
- 11 - Mowrer, O. H. (*Learning Theory and Behaviour Therapy*) in B. B. Wolman (Ed), *Handbook of Clinical Psychology*, N. Y. Mc Graw Hill, (1965).
- 12 - Ross, A. O.: (*Child Behaviour Therapy, Principles, Procedures, and Empirical Basis*), N. Y. John Wiley and Sons, (1981).
- 13 - Rotter, J. B. (*Social Learning and Clinical Psychology*), Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall (1954).
- 14 - Stevenson, I. Wolp. J. Slater, A., and Reyna, L. J. (*The Conditioning Therapies*), New York: Holt, Rinehart and Winston (1964).

## مسرد المصطلحات الأجنبية الواردة في الكتاب

### A

Antagonistic Response	الاستجابة المضادة	Aboulia	فقدان الإرادة
Anxiety	القلق	Abreaction	تنفيس - تطهير انفعالي
Anxious	إنسان قلق	Ability to Concentrate	تفريغ الانفعالات المكبوتة
Anorexia	فقدان الشهية للطعام	Ability to Control Temper	القدرة على التحكم بالمزاج
Arrhythmia	اضطراب نظم القلب	Above average	فوق المتوسط
Artificial Reinforcement	معزز صناعي	Abnormal Articulation	نطق شاذ
Assertive	تأكيد (الذات)	Acting out	تجسيد في الواقع
Assessment	تقويم	Addiction	إدمان (كحول ومخدرات ومؤثرات على العقل)
Asymmetric	لا تماثل - لا تناسق	Adjustment Disorder	اضطراب التكيف
Akinisia	فقدان الحركة	Affect	وجدان
Anguish	الضيق	Aggregation	تجميع
Aprosoxia	فقدان الاهتمام	Aggressiveness	العدوانية
Attention	انتباه	Aggression	العدوان
Appearance	مظهر خارجي	Aggressive Behaviour	السلوك العدواني
Appropriate	مناسب	Aloof	منعزل
Auditory	سمعي	Alleviate	يخفف - يلطف - يسكن
Autobiography	السيرة الذاتية	Altruistic	إيثاري
Autonomic Nervous System	الجهاز العصبي الذاتي	Allied	متحد - متحالف
Autogenic	عملية توليد الأفكار ذاتيا	Alliance	اتحاد - مصاهرة - حلف
Autoerotism	تهيج جنسي ذاتي من غير مثير خارجي	Ambitious	طموح
Autohypnosis	التنويم المغناطيسي الذاتي	Amplitude of Response	سعة الاستجابة
Autopsy	تشريح الجثة لمعرفة سبب الوفاة	Antecedent Stimulus	مثير سابق

Culprit	مجرم - متهم بجريمة	Complaints	شكاوى مرضية
Controlling	منضبط - متحكم	Competing Responses	استجابات تنافسية
Contemplate	يتأمل - يتفكر في	Compulsion Acts	أفعال قهريّة أو قسرية
Continuous Reinforcement	التعزيز المتواصل	Clothing	الاستسناخ
Contemn	يزدري - يحتقر	Compulsive	عكد مآد
Comprehension	الفهم	Compulsion	إبرار - إبرام - مسر - مسر - مع - يحارم
Co-Operative	متعاون	Compulsory	إلزامي - قسري - إكراهي
Contemplate	تأمل، تفكر في	Compunction	وخز الضمير - ندم
Contamination	تلوث	Confident	موثوق به
Contemn	يزدري، يحتقر	Conditioned Stimulus	مثير شرطي
Counselling	الإرشاد	Conditioning Theories	نظريات الإشراف في التعلم
Counter Control	الضبط المضاد	Condition Reflex	العلاج بالمتعكس الشرطي
Counter Conditioning	الإشراف المضاد	Therapy	
Covert Reinforcement	المعزز الخفي	Conation	نزوع - يتوق إلى
Craving	شهوة - اشتهاة	Connections	ارتباطات
Chagrin	كدر - غم	Confabulation	تخريف
Culpability	جدير باللوم - اللوم	Concentration	التركيز
Culprit	مجرم - متهم بجريمة	Consultation	استشارة
		Consequent Stimulus	المثيرات اللاحقة
		Construction of Anxiety	بناء مدرجات القلق
		Hierarchies	
		Convulsive	تشنجات

## D

Descending Order	نظام تنازلي	DAD . (Device	التحصين المنظم الآلي من
Diastolic Pressure	الضغط الانبساطي للقلب (ويتولد في الشرايين عند انبساط عضلة القلب ويساوي لدى الشباب (٨٠) مم أو (٨) سم زئبق)	for Automated	إعداد لنح وأخرين حيث تستخدم
Differential Diagnosis	التشخيص الفارقي	Desensitization)	أشرطة كاسيت بسجل عليها مدرجات القلق وتعليمات الاسترخاء
Difficulties	صعوبات	De-Conditioning	فك الإشراف
Difflident	حياء - عدم ثقة بالنفس	Decrease	نقصان
Disoriented to Time	عدم القدرة على التوجه في الزمان	Delusions	أوهام - هذات
Disoriented to Place	عدم القدرة في التوجه في المكان	Dejection	اغتمام - اكتئاب
Disinhibition	غير منضبط - غير مسيطر	Depressed	مكتئب
Distracted	مشتت الانتباه	Depersonalization	تدهور الشخصية
Direct Observation	الملاحظة المباشرة	Derealization	الإحساس بعدم واقعية الأشياء - أي أنها غير حقيقية
		Depression	اكتئاب

Avoidance	يتجنب	Autosuggestion	الإيحاء الذاتي
Avoidance Stimulus	مثير تجنبني	Aversion Therapy	العلاج بالنفور. أو التكريه
Affective Disorder	اضطراب وجداني	Aversive Stimulus	مثير تنفييري
Awareness	يقظة - وعي	Aver	يثبت - يؤكد - يجزم

## B

Biofeedback	التغذية الراجعة الحيوية	Back-up Reinforcer	المعزز الدائم
Biofeedback Loop	عروة التغذية الراجعة الحيوية	Barbiturates (المسكنات)	أملاح حامض البريبوتوريك
Bizarre	غريب - شاذ	Baseline	الخط القاعدي
Bladder Evacuation	تفريغ المثانة	(قياس مستوى السلوك قبل العلاج)	
Blood Pressure	ضغط الدم	Behaviour Disorders	اضطرابات السلوك
Blood Vessels	أوعية دموية	Behaviour Contracting	التعاقد السلوكي
Blunted	متبذل	Behaviour Modification	تعديل السلوك
Bledder and Bowel Evacuation	تفريغ المثانة والأمعاء	Behaviour Shaped	تشكيل السلوك
Borderline	خط الحدود	Behaviour Therapy	العلاج السلوكي
Bottle feeding	رضاعة اصطناعية	Behaviour Medicine	الطب السلوكي
Body Changes	تغييرات في الجسم	Behaviour Principles	مبادئ السلوك
Boss	مسؤول العمل - رب العمل	Behavioural Psychotherapy	العلاج النفسي السلوكي
Brain Syneretizing Therapy	العلاج بالتنظيم الدماغى (مفهوم حديث استخدم عوضا عن مفهوم العلاج بالصدمة الكهربائية (E.C.T.)	Behaviour Analysis	تحليل السلوك
		Betraying	يضلل - يخدع - يغرر به
		Begger Syndrome	داء التسول والشحادة دون وجود حاجة
		Below Average	دون المتوسط
		Bewilderment	ارتباك - اندهال

## C

Changes	التغييرات	Capillary	شعيرات (دموية)
Child Abuse	الإساءة للطفل	Cardio-Inhibitor	مثبط للنض القلبى
Causal Laws	قوانين السببية	Cardio-Accelerator	مسرّع النض
Children Diseases	أمراض الطفولة	Cardic Output	كمية الدم التي يدفعها القلب وهي نحو (٧٠) سم <sup>٣</sup> من الدم
Chirality	عدم تطابق اليدين		يضسخها البططين في كل انقباض
Chr-Chiro	بادئة تعني يد	Careless	إهمال - لامبالاة
Clash	يصطدم - يعارض - يتضارب	Case Study	دراسة الحالة
Clumsy	غير بارع - غير متقن - غير ملائم	Case Conference	مؤتمر الحالة
Clean and Tidy	نظيف أو مرتب وانيق	Cause of Leaving Job	سبب ترك العمل
Change of Work Place	تغيير مكان العمل	Cause of Separation	سبب الانفصال
Coherent	مترايط - مفهوم		

## F

Forgetting	النسيان	Faking Bad	ترييف الاستحابة نحو الاسوأ
Fintly	رقيق - خفيف	Falsification	تزييف
Flight-of-Ideas	تطايير الافكار	Family Therapy	العلاج العائلي
First Marriage	الزواج الأول	Fanfare	جعجة - ينفخ بالبوق
Forensic Psychiatry	الطب النفسي الشرعي	Fatigue	إعياء - تعب
Free Floating Anxiety	القلق الحر أو العائم	Favourable	مستقر - مفضل
Frequency	تكرار (السلوك)	Feedback-Loop	عمود التغذية الراجعة
Frequency of Occurrence	تكرار حدوث السلوك	Fibrosis	توترات عضلية
Friendly	صديق	Filters	المنقيات
Full	تام	Financial Status	الحالة المالية
Fungal	فطري (من فطريات)	Follow up Visit	زيارة متابعة
Lanzaron	متفجع - متفاحر	Flooding	الإفاضة (علاج نفسي سلوكي)

## G

Goals	أهداف	Galvanic Skin Respnse (GSR)	الاستجابة الغلفانية للحد
Grandiosity	الإحساس بالعظمة	Generality	العمومية
Group Therapy	العلاج الجماعي	Generalization	التعميم
Group Comparison Designs	تصميمات مقارنة المجموعات (تجريبية وضابطة)	Generous	شهم - سمح
Guilt Feeling	الإحساس بالذنب	Generalized Anxiety	القلق المعمم
Gustatory	الإحساس الذوقي	Ghaat	مادة القات
Group Desensitization	التحصين المنظم الجماعي	Gloomy	مظلم - عابس
		Global Impression	الانطباع العام
		Gluttony	الهمم - التردد

## H

Honest	أمين	Hall Siblings	الأخوة غير الأشقاء
Hormones	هرمونات	Hallucination	هلوسات (مرض انصام)
Humiliation	إذلال - خزي	Headache	صناع
Hydrotherapy	العلاج المائي	Headny	وراثة
Hydrocephalus	استسقاء الدماغ	Heiron	الهيرويين (مدرت)
Hygr Hygro	بادئة تعني رطوبة	Hesitant	متردد
Hygroma	رطوبة	Hign	مرتفع
Hygiene	الصحة	Hobbies	هوايات
Hyperpnea	عسر التنفس الشديد	Home Atmosphere	المناح المنزلي
Hypermesia	فقدان ذاكرة شديد	Homocidal Ideas	مبادئ الإيذاء الذاتى (فكر الانتحار)

Drunkard	السكير - مدمن الخمر	Discrimination	التمييز
Dryness of the Mouth	جفاف الفم	Display Unit	وحدة الإظهار
Duad (Dyot)	زوج - اثنان	Discrete	منفصل - غير مترابط
Dupe	الساذج - المغفل	Divergens	متفرج - متباعد
Duration	المدة - استمرارية الأعراض	Divorced	مطلق
			اب مسند
Dysmenorrhea	عسر الطمث	Dominant Mother	أم متسلطة
Dysphasia	عسر الكلام	Drifting	الإحساس بالانجراف (عدم السيطرة على الذات)
Dysphoria	اضطراب الكلام	Drive reduction	خفض الدافع
Dyspnea	عسر التنفس	Drainage	مص المياه (حالات استسقاء الدماغ)
Dysthymia	عسر المزاج (أبو بكر الرازي والطبري)	Dropfoot	ارتخاء القدم
Dysphonic	قلق - غير مرتاح	Drugs	عقاقير
Dysuria	عسر التبول		

## E

Encopresis	التبرز اللاإرادي	Eating Habits	عادات الطعام
Enuresis	التبول اللاإرادي	Easily Suggestable	سهل التأثير فيه - سهل التأثر بالإيحاء
Environment	بيئة - محيط	Effective	فعال
Epilepsy	صرع	Ectopic Beats	ضربات قلب هاجرة
Esoteric Science	علم وعي الذات	Electrode Bridge	جسر القطب (تغذية راجعة)
Espouses	يعتنق - يناصر	Electrodermal Activity (EDR)	النشاط الكهربائي للجلد
Essayist	كاتب المقالات	Electromyograph (EMG)	التخطيط الكهربائي للعضلات
Erratic	شارد - ضال - غريب الأطوار	Electroencephalograph (EEG)	الرسم الكهربائي للمخ
Erupt	يثور - ينفجر	Electrodes	لواحِب - أقطاب
		Elect-Convulsive Therapy (ECT)	العلاج بالتشنج الكهربائي
Etiology	علم تعليل الأمراض (أسباب الأمراض)	Elevators	مصاعد
Euphoric	منتش - مزهو	Elated	نشوة - زهو - مرتفع المزاج
Events	حوادث	Elicits	مستجرات (السلوك)
Exaction	انتزاع - اغتصاب	Embarrassment	ارتباك - عائق
Exalt	يعلي - يرفع - يمجد	Emitted	يصدر عن
Excitation	إيقارة - اهتمام	Emotional	عاطفي
Experimental Neurosis	العصاب التجريبي	Emotional Catharsis	التنفيس الانفعالي (أو العاطفي)
Expiate	يكفر عن		
Extinction	الانطفاء (الإطفاء)		
Extremeness	التطرف في الاستجابة		
Extreme Response Set	وجهة الاستجابة المتطرفة		
Extrovert	منبسط		

## F

Forgetting	النسيان	Faking Bad	تزييف الاستجابة نحو الاسوأ
Fully	رقيق - خفيف	Falsification	تزييف
Flight-of Ideas	تخليل الأفكار	Family Therapy	العلاج العائلي
First Marriage	الزواج الاول	Fanfare	جعجة - ينفخ بالبوق
Forensic Psychiatry	الطب النفسي الشرعي	Fatigue	اعياء - تعد
Free Floating Anxiety	القلق الحر أو العائم	Favourable	مستقر - مفضل
Frequency	تكرار (السلوك)	Feedback-Loop	عروة التغذية الراجعة
Frequency of Occurrence	تكرار حدوث السلوك	Fibrosis	توترات عضلية
Friendly	صديق	Filters	المنقيات
Full	تام	Financial Status	الحالة المالية
Fungal	فطري (من فطريات)	Follow-up Visit	زيارة متابعة
Fluorfen	متبجح - مقفاخر	Flooding	الإفاضة (علاج نفسي سلوكي)

## G

Goals	أهداف	Galvanic Skin Response (GSR)	الاستجابة الغلفانية للجلد
Grandiosity	الإحساس بالعظمة	Generality	العمومية
Group Therapy	العلاج الجماعي	Generalization	التعميم
Group Comparison Designs	تصميمات مقارنة المجموعات (تجريبية وضابطة)	Generous	شهم - سخي
Guided Feeling	الإحساس بالذنب	Generalized Anxiety	القلق المعمم
Gustatory	الإحساس التذوقي	Ghaat	مادة القات
Group Desensitization	التحسيس المنظم الجماعي	Gloomy	مظلم - عابس
		Global Impression	الانطباع العام
		Glutton	الشهيم - الشرد

## H

Honest	أمين	Half Siblings	الأخوة غير الأشقاء
Hormones	هرمونات	Hallucination	هلوسات (مرض الفصام)
Humiliation	إذلال - خزي	Headache	صداع
Hydrotherapy	العلاج المائي	Heridity	وراثة
Hydrocephalus	استسقاء الدماغ	Heroin	الهيرويين (مخدرات)
Hygro-Hygro	بادئة تعني رطوبة	Hesitant	متردد
Hygroma	رطوبة	High	مرتفع
Hygiene	الصحة	Hobbies	هوايات
Hyperpnea	عسر التنفس الشديد	Home Atmosphere	الاسترخاء المنزلي
Hypermesia	فقدان ذاكرة شديد	Homocidal Ideas	أفكار إيذاء الذات (أفكار انتحارية)

Drunkard	السكير - مدمن الخمر	Discrimination	التمييز
Dryness of the Mouth	جفاف الفم	Display Unit	وحدة الإظهار
Dyad (Dyo)	زوج - اثنان	Discrete	منفصل - غير مترابط
Dupe	المغفل	Divergence	منفرج - متباعد
Duration	المدة - استمرارية الأعراض	Divorced	مطلق
		اب مسنح	
Dysmenorrhea	عسر الطمث	Dominant Mother	أم متسلطة
Dysphasia	عسر الكلام	Drifting	الإحساس بالانجراف (عدم السيطرة على الذات)
Dysphoria	اضطراب الكلام	Drive reduction	خفض الدافع
Dyspnea	عسر التنفس	Drainage	مص المياه (حالات استسقاء الدماغ)
Dysthymia	عسر المزاج (أبو بكر الرازي والطبري)	Dropfoot	ارتخاء القدم
Dysphonic	قلق - غير مرتاح	Drugs	عقاقير
Dysuria	عسر التبول		

## E

Epilepsia	التبرز اللاإرادي	Eating Habits	عادات الطعام
Enuresis	التبول اللاإرادي	Easily Suggestable	سهل التأثير فيه - سهل التأثر بالإيحاء
Environment	بيئة - محيط	Effective	فعال
Epilepsy	صرع	Ectopic Beats	ضربات قلب هاجرة
Esoteric Science	علم وعي الذات	Electrode Bridge	جسر القطب (تغذية راجعة)
Espouses	يعتق - يناصر	Electrodermal Activity (EDR)	النشاط الكهربائي للجلد
Essayist	كاتب المقالات	Electromyograph (EMG)	التخطيط الكهربائي للعضلات
Erratic	شارد - ضال - غريب الأطوار	Electroencephalograph (EEG)	الرسم الكهربائي للمخ
Erupt	يثور - ينفجر	Electrodes	لواحق - أقطاب
		Electro-Convulsive Therapy (ECT)	العلاج بالتنشج الكهربائي
Etiology	علم تعليل الأمراض (أسباب الأمراض)	Elevators	مصاعد
Euphoric	منتش - مزهو	Elated	نشوة - زهو - مرتفع انمراج
Events	حوادث	Elicits	مستجرات (السلوك)
Exaction	انتزاع - اغتصاب	Embarrassment	ارتباك - عائق
Exalt	يعلي - يرفع - يمجد	Emancipated	يصدر عن عاطفي
Excitation	إثارة - اهتياج	Emotional	التنفيس الانفعالي (أو العاطفي)
Experimental Neurosis	العصب التجريبي	Emotional Catharsis	
Expatriate	يكفر عن الانطفاء (الإطفاء)		
Extinction	التطرف في الاستجابة		
Extremeness	وجهة الاستجابة المتطرفة		
Extreme Response Set	منبسط		
Extrovert			

## L

Liver Function	وظيفة الكبد	Lacking	نقص - عوز
Loss of Parent	فقدان الأب	Last Dose	الجرعة الأخيرة
Low Self-Esteem	تدني تقويم الذات	Law of Effect	قانون الأثر (ثورندايك)
Lying	كذب	Learning Occures	حدوث التعلم

## M

Motoric Acts	أفعال حركية	Magnitude	شدة (السلوك)
Motoric Responses	استجابات حركية	Magdalen	إصلاحية اليفايا - مومس تانية
Motor Coordination	توافق حركي	Measurement of Permanent Products	قياس نتائج السلوك
Motivational-Distortion	التشويه الدفاعي للاستجابة	Medication	الدواء
Moulds-Molds	تعفنت	Married to Foreigner	الزواج من أجنبية
Magnetic Resonance Imaging (MRI)	التصوير بالرنين المغناطيسي	Memory	الذاكرة
Multiple Baseline Design	تصميم الخطوط القاعدية المتعددة	Metabolic Changes	تغيرات في عملية الأيض
Multi-Element Design	تصميم العناصر المتعددة (تصميم بحث لتقويم فاعلية طريقتي علاج أو أكثر)	Meter	عداد
Music Therapy	العلاج بالموسيقى	Mild Anxiety	مستوى قلق خفيف
Myalgia	ألم العضلات	Misinterpretation	سوء تفسير
Mydriasis	تمدد حدقة العين	Modeling	النمذجة (البرت بندورا)
Mutism	أبكم	Moody	مزاجي (متقلب المزاج)
Mythomania	هوس الكذب	Moldable	قابل للتفسخ - عفن
		Mood	مزاج
		Movement	حركة
		Motor Activity	النشاط الحركي
		Monopoly	احتكار

## N

Neutral Stimulus	مثير حيادي	Nail Biting	قضم الأظافر
Nervousism	العصابية (المرض النفسي)	Narcotic Alkaloids	القلويات المنومة أو المخدرة
Neurotic Habits	عادات عصابية	Narrative Recording	تسجيل المعلومات على شكل قصصي
Nervousness	العصبية	Natural Reinforcer	معزز طبيعي
New Complaints	مشكلات جديدة	Nappy Rash	طفح جلدي
Nihilistic	عدمي	Needs	حاجات
Normal	عادي	Negative Practice	الممارسة السلبية
Noxious Stimulation	الإثارة الضارة	Negative Reinforcer	معزز سلبي
Non-co-Operative	غير متعاون	Neutral	حيادي

Hypoglycemia	نقص سكر الدم	Hyperventilation	زيادة التنفس
Hyte	مجنون، مضطرب العقل	Hypnoigy	مبحث النوم (علم النوم)
Hysterical Symptoms	أعراض هستيرية	Hypnosis	التنويم المغناطيسي
		Hypersensitive	مفرط الحساسية

Increased Appetite	شهية زائدة	Idea	فكرة
Inappropriate Dress	ملابس غير مناسبة	Illusion	وهم - خداع
Indused	سبب - أحدث - حدث	Imagery	تخيل
Influence	تأثير	Impaired	تلف - سيئ
Instep	مشط القدم	Impotence	العنة الجنسية (الضعف الجنسي لدى الرجل)
Insolence	عجرفة - عجرفة	Inprisonment Cause	سبب السجن
Insight Therapy	العلاج بالاستبصار	Impaired Hygiene	صحة سيئة
Interpersonal	بين شخصية	Impulsion	دفع - اندفاع - دافع لا يقاوم
Interval Recording	تسجيل الفواصل الزمنية	Impulsive	منففع - مكره
Interpretation	التفسير	Impulsive Therapy	العلاج الإلزامي
Interpretative Therapy	العلاج التفسيري	Impulsivity	الاندفاعية
Interests	اهتمامات	Impulsive Begging	الاندفاعية للتسول
Internal Frame of Reference	الإطار المرجعي الداخلي	Impulses	نضصات (كهربائية)
Interview	مقابلة	Independent	مستقل
Intract	سليم	Inhibition	كف - تثبيط
Intermittent Reinforcement	التعزيز الفاصلي	Incoherent	غير مترابط

## J

Joyful	مبتهج - فرح	Job	عمل
Juggler	المشعوز - المحال	Job Performance	الاداء المهني
Junior	الأصغر سنا	Job Title	عنوان العمل
Juvenile	حدث - يافع	Jelousy	غيرة
Judgement	حكم	Joke	دعابة - نكتة

## K

Kidnap	خطف	Keystone	حجر الأساس
Kinetic	حركي	Kind	لطيف
Kleptomania	هوس السرقة	Kindly	بلطف

## Q

Questionnaire	استبيان - استفتاء	Quackery	تدجيل - شعوزة
Quiet	هادئ		إحساس مفاجئ بمرض أو غثيان
Quotation	اقتباس	Quam	- وخز الضمير
	تسلسل المقاعد	Queer	غريب - شاذ

## R

Reinforcement	تعزيز - تدعيم	Rate of Occurrence	معدل حدوث السلوك (في الدقيقة أو الساعة...)
Relation with Family	العلاقة مع الأسرة	Rational Psychotherapy	العلاج النفسي الإقناعي
Relaxation	الاسترخاء	Rational-Emotional Psychotherapy	العلاج العقلاني الانفعالي (البرت إليس)
Relapse	الانتكاس		
Relearning	إعادة التعلم		
Religious	ديني	Rate of Response	معدل الاستجابة
Remarks	ملاحظات	Reasonable	منطقي - عقلاني
Replaced	يحل محل	Reactive Depression	الاكتئاب التفاعلي
Reprimanding	التوبيخ	Re-Conditioning	إعادة الإشراف
Repression	الكبت	Reciprocal Inhibition	الكف بالنقيض
Resentment	استياء	Recalling	الاسترجاع (التذكر)
Respondant Behaviour	السلوك الاستجابي	Recognition	التعرف
Response Generalization	تعميم الاستجابة	Reduced Desire	نقصان الرغبة (الجنسية)
Response Set	وجهة الاستجابة	Reflection	تأمل
Response Cost	تكلفة الاستجابة	Reference of Ideas	أفكار الإشارة
Response Velocity	سرعة الاستجابة	Registration	التسجيل
Retention	الاحتفاظ	Regression	النكوص - الارتداد إلى المرحلة السابقة من النمو
Retrograde Amnesia	فقدان الذاكرة الرجعي	Reject	تنبذ - طغل منبوذ
Reverent	كثوم - قليل الكلام		

## S

Self-Regulation	تنظيم الذات	Satiation	الإشباع للحاجات
Self-Control	الضبط الذاتي	Scrutiny	تفحص - تدقيق
Sedative	مهدئات	Schizophrenia	فصام
Seclusive	منعزل	Scanty	ضئيل
Secondary Reinforcer	المعزز الثانوي	School Achievement	"تحصيل المدرسي
Sensitive	حساس	Self-Talking	حديث الذات
Sensory Responses	استجابات حسية	Self-Concept	مفهوم الذات
	التحصين المنظم باستخدام	Self-Punishment	عقاب ذات

## O

Operant Behaviour	السلوك الإجرائي	Obsessions	وساوس
Open Minded	منفتح عقليا	Obsessive Compulsive Disorder (OCD)	اضطراب وسواسي قهري
Over Correction	التصحیح الزائد		
Overt Behaviour	السلوك الظاهري	Omission Therapy	العلاج النفسي بالإغفال
Operates	مادة الإقناع		

## P

Post Test	اختبار بعدي	Pain Sensation	الإحساس بالألم
Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)	اضطراب ما بعد الصدمة	Parameter	المعلم الفسيولوجي
Prediction	تنبؤ	Paresthesia	التشوش في الحس
Predisposition	تهيؤ، استعداد	Parotitis	التهاب الغدة النكافية
Premorbid Personality	الشخصية قبل المرض	Paroxysmal Tachycardia	تسارع القلب الإشتدادي
Preservation	متحفظ	Parsimoniously	شحيح - مقتر
Pre-Test	اختبار قبلي	Partial	جزئي
Pressure Receptors	مستقبلات الضغط	Passive	سلبي
Premack Principle	مبدأ بريماك (ويخص على أن السلوك الذي يكرره الفرد ويميل إليه سيستعمل معززا للسلوك الذي لا يكرره الفرد ولا يميل إليه)	Peptic Ulcer	قرحة الاثني عشر
Problem with Sponsor	مشكلة مع الكفيل	Periton	صفاق (الغشاء الشفاف المبطن للتجويف البطني)
Progressive Relaxation	الاسترخاء التصاعدي	Peritoneal	صفاقي
Prognosis	مآل المرض	Persecutory	مشاعر الاضطهاد
Proctors	مساعدو التدريس	Perception	إدراك
Prompting	التلقين	Permissive	مباح - مسموح به
Projection	إسقاط	Perplexity	حيرة - ارتباك
Primary Reinforcer	معزز أولي	Pelder	بائع متجول
Prudish	ملتزم - مترمذ أخلاقيا	Penetration	تغلغل - اختراق - فهم عميق
Prudent-Wise	حكيم	Phobia	خوف - مضي
Psychosomatic	نفسى - جسدي	Physical Health	الصحة الجسدية
Psychological Consultation	الاستشارة النفسية	Pilo-Erection	انتصاب الشعر
Psychoses	المرض العقلي (الذهان)	Placebo	نواء وهمي
Pulse Rate	نسبة النبض	Polygamy	تعدد الزوجات
		Positive Reinforcer	المعزز الإيجابي
		Poor Eye Contact	ضعف التواصل البصري
		Polymyctis	التهاب سنجابية النخاع

Threshold	عتبة (التنبه)	Thoughts Stream	تسلسل الأفكار
Token	أنظمة التعزيز الرمزي (أيلون Azlon)	The Experimental	التحليل التجريبي للسلوك
Reinforcement Systems	(وأزرين Azrin)	Analysis of Behaviour	
Tranquil Anxiety	سمة القلق	The Effect	الآثر
		The Original Problem	المشكلة الأساسية (للمريض)

## U

Unstable	غير مستقر	Unconditioned Stimulus	مثير غير شرطي (طبيعي)
Unsteady	مقلقل - غير مستقر - متقلب	Unconsciousness	اللاشعور
Unsatisfaction	عدم الرضا	Underachievement	التخلف في التحصيل الدراسي
Urethroscope	منظار الإحليل	Understand	يعي - يفهم
Urination	تبول	Unfortunate	تعييس - سيئ الحظ
Utopia	مكان خيالي بعيد -	Unlearning	محو التعلم
	المدينة الفاضلة - عالم مثالي - يصعب تطبيقه	Unmercifully	قساوت - عديمو الرحمة
Utterly	تماماً - بكل ما في الكلمة من معنى	Unintention	غير مقصود - غير متعمد
Uvula	اللهاة في الحلق	Unremarkable	غير واضح
		Unrelenting	بشكل صارم

## V

Verruca	ثآليل - ثؤلول	Vaccination	تلقيح
Visceral Learning	التعلم الحشوي	Vacuous	فارغ - خاو
Viscosity of Blood	لزوجة الدم	Vagabond	متشرد، متسكع، متجول
Vivo Therapy	العلاج الحيوي (الواقعي)	Vaginitis	التهاب المهبل
Volunteers	متطوعون	Vagotonic Pattern	نمط من الأفراد يسيطرون على شخصياتهم وظيفية الجهاز العصبي الباراسمبثاوي
Vivify	رجولة - قوة		ويتصفون بالهدوء
Vulvar	فرجي (من فرج المرأة)	Valediction	توديع - وداع
Vivo Exposure	التعريض الحياتي الواقعي	Vanity	ناضل - شيء فارغ - غرور
	(لمثيرات القلق أو الخوف)	Variance	تباين اختلاف
Violence	عنف	Variiegated Picutre	صورة ملونة (متنوعة)
Violent	عنيف	Veil	حجاب - خمار
Volatile Substances	مواد طيارة	Venerology	علم الأمراض التناسلية
	(تعاطي المواد الطيارة)	Venom	سم - حقد - غل
Vulnerable	مهيب، لديه استعداد	Verdict	حكم (قضائي)

Stubborn	عنيذ	Semantic Desensitization	الرموز الكلامية
Subjective Units	الوحدات الذاتية للاضطراب	Severe Anxiety	القلق الحاد
of Disturbance	(الساد)	Sexual Function	الوظيفة الجنسية
Suggestibility	القابلية للايحاء	Sexual Problems	المشكلات الجنسية
		Separation	الانفصا (اعا الك "يدا")
		Squamous	مبايعات (استنوب)
Suspicious	شكاك	Skin Surface Temperature	حرارة سطح الجلد
Submissive	خانع	Slow	بطيء
Subjective Unit of	وحدة القلق المفترضة	Sleeping Habits	عادات النوم
Disturbance (SUD)	على مقياس القلق (الساد)	Sharp Contrast	تعارض حاد
Swinging	متأرجح	Shaping	تشكيل (السلوك)
Symptoms	أعراض	Signals	إشارات
Symptoms Substitution	الإعراض البديلة	Social Problems	المشكلات الاجتماعية
Sympolic Respnses	استجابات رمزية	Somatic Symptoms	أعراض نفسية - جسدية
Synonymously	مترادف - بترادف	Smooth	هادئ - ناعم
Synapse	وصلة عصبية	Speech	كلام
Systematic Desensitization	التحصين المنظم	Spatial	مكاني
Systolic pressure	الضغط الانقباضي للقلب	Spontaneous Remission	الشفاء التلقائي
	(يتولد في الشرايين الكبيرة عند انقباض عضلة القلب	Spontaneous Recovery	الاستعادة التلقائية
	ويساوي لدى الذكور الشباب (١٢٠) مم أو (١٢)		للاستجابة
	سنتم زئبق ومتوسط الضغط الانقباضي والضغط	Sphygmomanometer	جهاز ضغط الدم
	الانيساطي هو (١٢٠ + ٨٠ = ٢٠٠ ÷ ٢ ويساوي	(SPR)	استجابة كمنو الجلد
	(١٠٠) ويسمى بضغط النبض)	State Anxiety	قلق الحالة
Stoop	ينحني - يحدوب	Stimulation	الإثارة
Shun	يحول (ينتقل من جانب إلى جانب بواسطة داردة)	Stimulants	مثيرات
Strabismus	حول - أحول	Stomach Reactors	ردود فعل معدية
Skid row	حضيض	Stable	متزن
		Stress Syndrome	متلازمة التوتر في الضغط النفسي

## T

Temperament	الطبع	Tachycardia	سرعة ضربات القلب
Terminal Behaviour	"السلوك النهائي	Target Behaviour	السلوك المستهدف
Temporal	وقتي	Task Analysis	تحليل المهمة
Thoughts Stopping	وقف الأفكار	Tactile	لمسي
Thoughts Block	انغلاق الافكار	Tactful	بكاء - مبكي
Thoughts Content	محتوى الافكار	Tension	توتر
Thoughts Form	شكل الافكار	Tense	متوتر



❖ الملاححة (Appendix)

**W**

Will Therapy	علاج الإرادة (أوتوراك)	Walking	المشي
Willingly	طواعية (عن طيب خاطر)	Waking Suggestion	الإيقاظ أثناء اليقظة
Wish	رغبة	Weakened	ضعيف
Withdrawal	انسحاب	Weep	يبكي - يندب
Word Association	تداعي الكلمات	Wearing	تعد نفسه
Work Therapy	العلاج بالعمل	Wench	نظام
Working Memory	الذاكرة العملية (أولتون)	Wild Psychoanalysis	فتاة - خدمة - بغني
Worried	حزين		التحليل النفسي الطائش

**X**

X-Factor	العامل المجهول - أو عامل الاستعداد (الوراثة)	X-Disease	المرض السيني (مرض فيروسي مجهول الاصل)
X-Radiation	التعرض لاشعة إكس	Xenogamy	يصيب الدماغ الإخصاب التهجين
Yale Brown OSC (Scale)	اختبار بيل براون للوسواس	Xenophobia	رهاب الأجانب (كل ما هو غريب أو أجنبي)

**Y**

Yoga Therapy	العلاج باليوغا (فلسفة دينية هندية تعتمد على التأمل وضبط النفس وتعتمد على تمارين تؤدي الى عقل وجسم سليمين)	Yearn	يشتاق إلى - يتوق إلى
Young	حدث - ناشئ - صغير	Yeasts	خمائر
Youth	الشباب	Yellow Spot	البقعة الصفراء (شبكية العين)
		Yet	فوق ذلك - علاوة على ذلك
		Yip	عواء - نباح

**Z**

Zone	منطقة	Z-axis	المحور العيني
Zoology	عبادة الحيوان	Zeal	حماسة
Zoology	علم تشريح الحيوان	Zealotry	حماسة مفرطة
Zygote	البيضة الملقحة	Zealous	متحمس
Zymogen	مولد بخرات	Zealously	بحماسة
Zymology	علم الخدائر	Zodiac	دائرة البروج (الأبراج)

**ملحق (1) نموذج استمارة دراسة حالة نفسية وفحص الحالة العقلية: (CASE STUDY AND MENTAL STATE EXAMINATION)**

1 - Personal data:	١ - البيانات الشخصية:
1 - Name.	١ - الاسم.
2 - Date of Birth.	٢ - العمر وتاريخ الميلاد.
3 - Nationality.	٣ - الجنسية.
4 - Sex.	٤ - الجنس.
5 - Present Job or Occupation.	٥ - العمل الحالي والسابق.
6 - Economic status and the Income.	٦ - الحالة الاقتصادية والدخل.
7 - Social Status.	٧ - الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب، أرمل، مطلق، متعدد).
8 - Educational Status.	٨ - المستوى التعليمي.
9 - Source of Referral.	٩ - مصدر التحويل.
10 - Cause of Referral.	١٠ - سبب التحويل.
11 - Medical File Number.	١١ - رقم الملف الطبي.
12 - Ward Number.	١٢ - رقم العنبر أو العيادة الخارجية.
13 - Source of Information.	١٣ - مصدر المعلومات.
14 - The Address and Tel. No.	١٤ - العنوان ورقم الهاتف.
15 - The Date	١٥ - التاريخ.

3 - Have you been hospitalized - and what the duration?	٣ - هل نُؤمِت في المِستشفى؟ وما هي المِدة؟
4 - Have you been take medication?	٤ - هل تناولت سابقاً أدوية نفسية؟
5 - Have you been improved?	٥ - هل تحسنت؟
6 - Still you have been take medication?	٦ - هل ما زلت تتعاطى الأدوية حتى الآن؟
<b>4 - substance abuse:</b>	<b>٤ - إساءة استخدام العقاقير (الإدمان):</b>
1 - Have you been smooking or take any drugs or Alcohol or others?	١ - هل تدخن أو تتعاطى الكحول أو المخدرات أو المؤثرات على العقل؟ متى، ولماذا؟
1 - Smooking.	١ - التدخين.
2 - Alcohol.	٢ - الكحول.
3 - Glue and volatile substances.	٣ - شمّ الغراء والمواد الطيارة (السريعة التبخر)...
4 - Hallucinating.	٤ - المهلوسات.
5 - Hashish.	٥ - حشيش.
6 - Stimulants.	٦ - منبهات.
7 - Ghaat.	٧ - قات.
8 - Heroin.	٨ - هيروين.
9 - Opiates.	٩ - أفيون.
10 - Sedative.	١٠ - مهدئات.
11 - Others.	١١ - مواد أخرى.

<b>2 - Main or Chief Complaint:</b>	<b>٢ - مشكلة المريض الرئيسية:</b>
1 - Present Complaints:	١ - المشكلة الحالية كما يعبر عنها المريض (كلام المريض):
2 - Duration of Complaints.	٢ - ما هي مدة استمرار هذه المشكلة؟
3 - The Onset of the Symptoms.	٣ - كيف بدأت أعراض المشكلة (فجأة أم بشكل تدريجي)؟
4 - The Anticident of Complaint.	٤ - هل سبقت المشكلة حوادث معينة؟
5 - The Consequence of Complaint.	٥ - هل لحقت بالمشكلة مشاكل حياتية؟
6 - Has it been Treated in the Past.	٦ - هل عُولجت سابقاً من نفس المشكلة؟
7 - Where and What Type of Therapy.	٧ - أين؟ وما هو نوع العلاج؟
8 - Complete Remission or Improvement.	٨ - هل تحسنت بشكل كلي؟
9 - Partial Remission or Improvement.	٩ - هل تحسنت بشكل جزئي؟
10 - Have you been Going to a Doctor or Folkhealer for Consultation.	١٠ - هل تمّ عرضك على طبيب أو مطّوع للاستشارة؟
11 - Present Physical Illness.	١١ - هل تعاني من أمراض عضوية حالياً؟
<b>3 - Psychiatric Past History:</b>	<b>٣ - التاريخ النفسي المرضي السابق:</b>
1 - Did You Have any Psychiatric Problems Before?	١ - هل عانيت من أعراض نفسية سابقة؟ وما هي هذه الأعراض؟
2 - Have you going to a Doctor or folkhealer or Hospital?	٢ - هل ذهبت إلى طبيب أو مطّوع أو مستشفى؟

10 - Disorders - events in childhood:

١٠ - اضطرابات وأحداث الطفولة:

- 1 - Enuresis.
- 2 - Encopresis.
- 4 - Hyperactivity.
- 5 - Phobias.
- 6 - Addiction.
- 7 - Night terror.
- 8 - Aggression.
- 9 - Nail biting.
- 10 - Thumb sucking.
- 11 - Somnambulism.
- 12 - Jealousy.
- 13 - Attempt suicide.
- 14 - Lying.
- 15 - sexual perversion.
- 16 - Emotional deprivation
- 17 - Nervousness.
- 18 - Others.
- 11 - Eating habits and appetite.
- 12 - Sleeping habits.
- 13 - Sexual functioning:
  - 1 - Reduce desire.
  - 2 - Increased desire.
  - 3 - Disinhibition.

- ١ - تبول لاإرادي.
- ٢ - تبرز لاإرادي.
- ٤ - فرط حركة.
- ٥ - مخاوف مرضية.
- ٦ - إدمان.
- ٧ - فزع ليلي.
- ٨ - عدوان.
- ٩ - قضم أظافر.
- ١٠ - مص أصابع.
- ١١ - تجوال ليلي.
- ١٢ - غيرة.
- ١٣ - محاولة انتحار.
- ١٤ - كذب.
- ١٥ - انحراف جنسي.
- ١٦ - حرمان عاطفي.
- ١٧ - العصية.
- ١٨ - معلومات أخرى.
- ١١ - عادات الطعام والشهية.
- ١٢ - عادات النوم.
- ١٣ - الوظيفة الجنسية:
  - ١ - رغبة ضعيفة.
  - ٢ - رغبة زائدة.
  - ٣ - غير منتظمة.

5 - Past medical history:

- 1 - Have you been suffering-from any physical diseases or illness before when?
- 2 - Any accident or injuries.
- 3 - Any surgical operations?
- 4 - Have you been improved?
- 5 - Is there a specialist-Doctor you go to him before?
- 6 - Have you any allergy toward any drug or medication?

٥ - التاريخ الطبي السابق:

- ١ - هل عانيت من أمراض عضوية؟ متى؟
- ٢ - هل تعرضت لأي حادث أو إصابات؟
- ٣ - هل أجريت لك عملية جراحية؟ متى؟
- ٤ - هل تحسنت حالتك الصحية؟
- ٥ - هل هناك طبيب اختصاصي ترجع إليه؟
- ٦ - هل لديك حساسية من بعض الأدوية؟

6 - Developmental and personal History:

- 1 - Pregnancy.
- 2 - Delivery.
- 3 - Breast-bottle feeding and weaning.
- 4 - Childhood health during childhood.
- 5 - Puberty and adolescence
- 6 - Walking.
- 7 - Teething.
- 8 - Speech and language.
- 9 - Excretion.

٦ - التاريخ التطوري والشخصي:

- ١ - الحمل.
- ٢ - الولادة (طبيعية، قيصرية، قبل الأوان، عسرة).
- ٣ - الرضاعة والنفطام.
- ٤ - الطفولة (أمراض الطفولة).
- ٥ - البلوغ والمراهقة.
- ٦ - المشي.
- ٧ - التسنين.
- ٨ - الكلام واللغة.
- ٩ - عملية الإخراج (التبول - التبرز).

9 - Kind.	٩ - لطيف.
10 - Hesitant.	١٠ - متردد.
11 - Careless or indifferent.	١١ - لاهتمامي (مهمل).
12 - Introvert or seclusive.	١٢ - سري، متعزل.
13 - Suspicious.	١٣ - شكّاك.
14 - Obsessive.	١٤ - وسواسي.
15 - Anxious.	١٥ - قلق.
16 - Depressed.	١٦ - مكتئب.
17 - Mood swinging. (moody).	١٧ - متقلب المزاج (مزاجي).
18 - Aggressive.	١٨ - عدواني.
19 - Dependent.	١٩ - اعتمادي.
20 - Passive.	٢٠ - سلمي.
21 - Easily suggestible.	٢١ - يسهل التأثير فيه.
22 - Submissive.	٢٢ - خانع.
23 - Stubborn.	٢٣ - عنيد.
24 - Dominant.	٢٤ - مسيطر.
25 - Unstable.	٢٥ - غير متزن.
26 - Tough minded.	٢٦ - منغلّق عقلياً.
27 - Ambitious.	٢٧ - طموح.
28 - Will power.	٢٨ - قووي الإرادة.
29 - Permissive.	٢٩ - متسامح.
30 - Tense.	٣٠ - متوتر.
31 - Stable.	٣١ - متزن.
32 - Quiet.	٣٢ - هادئ.
33 - Extrovert.	٣٣ - انبساطي، مطلق.

14 - Current weight.	١٤ - الوزن الحالي.
15 - Stressors.	١٥ - ضغوط نفسية حالية.
16 - School performance.	١٦ - التحصيل أو الأداء الدراسي.
17 - Change of work place.	١٧ - الأعداء السابقة.
18 - Change of work place.	١٨ - تغيير بيئة العمل.
19 - Problems in Job.	١٩ - مشكلات في العمل.
1 - With sponsor.	١ - مع الكفيل.
2 - With workmates.	٢ - مع أصدقاء العمل.
3 - With Boss.	٣ - مع رب العمل.
20 - Marriage.	٢٠ - الزواج والعلاقة الزوجية.
21 - Friends and peer relationship.	٢١ - العلاقة مع الأصدقاء والأقران.
22 - Financial situation	٢٢ - الوضع المادي (المالي).
23 - Hobbies and Activities.	٢٣ - الأنشطة والهوايات.
24 - Interests.	٢٤ - الاهتمامات.
25 - Global impression.	٢٥ - الانطباع الكلي.

### 7 - Premorbid personality:

- 1 - Responsible.
- 2 - Sociable. (Friendly).
- 3 - Co-operative.
- 4 - Open minded. (Reasonable).
- 5 - Self controlling.
- 6 - Confident and honest.
- 7 - Altruistic (Generous).
- 8 - Sensitive.

### ٧ - سمات الشخصية قبل المرض:

- ١ - يتحمل المسؤولية.
- ٢ - اجتماعي (صديق).
- ٣ - متعاون.
- ٤ - منفتح عقلياً (عقلاني).
- ٥ - يتحكّم بنفسه.
- ٦ - موثوق به (أمين).
- ٧ - إيثارى (شهم).
- ٨ - حسّاس.

8 - Family Economical Status.	٨ - الوضع الاقتصادي العام للأسرة (جيد - وسط - ضعيف).
9 - Home Atmosphere	٩ - المناخ الأسري العام.
1 - Stable.	١ - مترابط او مستقر.
2 - Unstable.	٢ - متفكك.
3 - Separation.	٣ - انفصال.
4 - Divorce.	٤ - طلاق.
5 - Polygamy.	٥ - تعدد زوجات.
6 - Married to Foreigner.	٦ - زواج من أجنبية.
10 - Remarks....	١٠ - ملاحظات....

### 9 - فحص الحالة العقلية (Mentel State Examination):

<b>1 - Appearance and General Behaviour:</b>	<b>١ - المظهر والسلوك العام:</b>
1 - Clean and Tidy.	١ - نظيف وأنيق.
2 - Inappropriate.	٢ - ملابس غير مناسبة (لا تناسب العمر).
3 - Body Features.	٣ - بنية الجسم (نحيل - بدين - حامل - حيوي).
4 - Body Smell.	٤ - رائحة الجسم.
5 - Psychomotor Activity.	٥ - النشاط النفسي - الحركي.
A - Slow.	أ - بطيء.
B - Retarded.	ب - متأخر.
C - Impulsive.	ج - مندفع.
D - Spontaneous Movement.	د - حركات تلقائية.
E - Repetition.	هـ - تكرار - حركات آلية نسطية...
6 - Poor Eye Contact.	٦ - ضعف تواصل بصري.

34 - Sadness.	٣٤ - حزين.
35 - Others.	٣٥ - معلومات أخرى.
<b>8 - Family History:</b>	<b>٨ - التاريخ العائلي:</b>
1 - Father.	١ - الأب.
A - Age.	أ - العمر.
B - Job.	ب - العمل.
C - Health Status.	ج - الحالة الصحية.
D - Personality.	د - الشخصية.
2 - Mother.	٢ - الأم.
A - Age.	أ - العمر.
B - Job.	ب - العمل.
C - Health Status.	ج - الحالة الصحية.
D - Personality.	د - الشخصية.
3 - Siblings.	٣ - الأخوة الأشقاء.
A - Numbers.	أ - عددهم.
B - Relationships.	ب - العلاقة معهم.
4 - Half Siblings.	٤ - الأخوة غير الأشقاء.
A - Numbers.	أ - العدد.
B - Relationships.	ب - العلاقة معهم.
5 - Relatives Relationships.	٥ - العلاقة مع الأقرباء.
6 - The Relation with Family Members.	٦ - علاقة المريض مع أفراد الأسرة.
7 - Physical and Psychiatric Family Illness.	٧ - أمراض أفراد الأسرة العضوية.

- Family Economical Status.	٨ - الوضع الاقتصادي العام للأسرة (جيد - وسط - ضعيف).
- Home Atmosphere.	٩ - المناخ الأسري العام.
1 - Stable.	١ - مستقر.
2 - Unstable.	٢ - متناكك.
3 - Separation.	٣ - انفصال.
4 - Divorce.	٤ - طلاق.
5 - Polygamy.	٥ - تعدد زوجات.
6 - Married to Foreigner.	٦ - زواج من أجنبية.
0 - Remarks....	١٠ - ملاحظات....

### 9 - فحص الحالة العقلية (Mentel State Examination):

<b>1 - Appearance and General Behaviour:</b>	<b>١ - المظهر والسلوك العام:</b>
- Clean and Tidy.	١ - نظيف وأنيق.
2 - Inappropriate.	٢ - ملابس غير مناسبة (لا تناسب العمر).
3 - Body Features.	٣ - بنية الجسم (نحيل - بدين - حامل - حيوي).
4 - Body Smell.	٤ - رائحة الجسم.
5 - Psychomotor Activity.	٥ - النشاط النفسي - الحركي.
A - Slow.	أ - بطيء.
B - Retarded.	ب - متأخر.
C - Impulsive.	ج - مندفع.
D - Spontaneous Movement.	د - حركات تلقائية.
E - Repetition.	هـ - تكرار - حركات آلية نمطية....
5 - Poor Eye Contact.	٦ - ضعف تواصل بصري.

34 - Sadness.	٣٤ - حزين.
35 - Others.	٣٥ - معلومات أخرى.
<b>8 - Family History:</b>	<b>٨ - التاريخ العائلي:</b>
1 - Father.	١ - الأب.
A - Age.	أ - العمر.
B - Job.	ب - العمل.
C - Health Status.	ج - الحالة الصحية.
D - Personality.	د - الشخصية.
2 - Mother.	٢ - الأم.
A - Age.	أ - العمر.
B - Job.	ب - العمل.
C - Health Status.	ج - الحالة الصحية.
D - Personality.	د - الشخصية.
3 - Siblings.	٣ - الأخوة الأشقاء.
A - Numbers.	أ - عددهم.
B - Relationships.	ب - العلاقة معهم.
4 - Half Siblings.	٤ - الأخوة غير الأشقاء.
A - Numbers.	أ - العدد.
B - Relationships.	ب - انعلاقة معهم.
5 - Relatives Relationships.	٥ - العلاقة مع الأقرباء.
6 - The Relation with Family Members.	٦ - علاقة المريض مع أفراد الأسرة.
7 - Physical and Psychiatric Family Illness.	٧ - أمراض أفراد الأسرة العضوية.

#### 4 - The Effect:

- 1 - Elated.
- 3 - Fluctuation.
- 4 - Tearful.
- 5 - Flat or blunt.
- 6 - Appropriate.
- 7 - Inappropriate.
- 8 - Duration.

#### ٤ - الوجدان: (التعبيرات التي تظهر على المريض):

- ١ - الزهو.
- ٢ - حدة التأمل.
- ٣ - تقلب أو تغير الحالة المزاجية (كما يشاهدها الاختصاصي).
- ٤ - مبلّ.
- ٥ - مسطح غير معبر، أو متلبّد.
- ٦ - مناسب أو مطابق للحالة المزاجية التي قررها المريض.
- ٧ - غير مناسب أو غير مطابق.
- ٨ - مدة استمرار الحالة.

#### 5 - Thoughts:

##### A - Thoughts Form:

- 1 - Coherent.
- 2 - Incoherent.
- 3 - Neologism.
- 4 - Flight of Ideas.
- 5 - Preservation.
- 6 - Over Inclusive.
- 7 - Derailment.
- 8 - Inter Penetration.
- 9 - Circumstantial.

#### ٥ - الأفكار:

##### أ - شكل الأفكار:

- ١ - مفهوم (مترابط من حيث الفهم أو الاستيعاب) ..
- ٢ - غير مفهوم (غير مترابط) ..
- ٣ - لغة جديدة غير مفهومة (استحداث كلمات) ..
- ٤ - طيران الأفكار.
- ٥ - متحفّظ.
- ٦ - أكثر شمولية.
- ٧ - خارجة عن الموضوع.
- ٨ - مميزة وتدلّ على فهم عميق.
- ٩ - حشو أو إسهاب في الكلام (تفاصيل).

#### 2 - Speech and Language:

##### A - Speed:

- 1 - Rapid.
- 2 - Slow

##### B - Amount:

- 1 - Little.
- 2 - A lot of.
- 3 - Devoid of Thoughts.

##### C - Volume.

- 1 - Loud Voice.
- 2 - Low Voice.

##### D - Articulation:

- 1 - Clear.
- 2 - Unclear.

#### 3 - Mood:

##### (Patient Self Report):

- 1 - Anxious.
- 2 - Depressed.
- 3 - Swinging.
- 4 - Euphoric.
- 5 - Euthymic.
- 6 - Happy.
- 7 - Mood Duration.
- 8 - Rang or Intensity.

5 4 3 2 1

#### ٢ - كلام المريض:

##### أ - السرعة:

- ١ - سريع.
- ٢ - بطيء.

##### ب - كمّ الكلام:

- ١ - قليل.
- ٢ - كثير.
- ٣ - منعدم.

##### ج - الحجم (مقدار جهاز الصوت):

- ١ - صوت مرتفع.
- ٢ - صوت منخفض.

##### د - النطق:

- ١ - واضح.
- ٢ - غير واضح.

#### ٣ - المزاج: أو ما يقرره المريض:

- ١ - قلق.
- ٢ - مكتئب.
- ٣ - متأرجح.
- ٤ - متشّ.
- ٥ - سوّي المزاج (طبيعي المزاج).
- ٦ - سعيد.
- ٧ - مدة الحالة المزاجية.
- ٨ - شدة الحالة المزاجية.

5 4 3 2 1



## 6 - Perception and Awareness:

- 1 - Disturbed.
- 2 - Hallucination.
- 3 - Hallucination.
  - A - Uditory.
  - B - Visual.
  - C - Tactile.
  - D - Olfactory.
  - E - Gustatory.
- 4 - Illusions.
- 5 - Changing of perception.
- 6 - Pain sensation.
- 7 - Somatic sensation.

## ٦ - الإدراك والوعي:

- ١ - مضطرب.
- ٢ - غم مضطرب.
- ٣ - هلوسات.
  - أ - سمعية.
  - ب - بصرية.
  - ج - لمسية.
  - د - شمعية.
  - هـ - ذوقية.
- ٤ - الأوهام، أو الخداع.
- ٥ - تغيير في إدراك الأشياء...
- ٦ - إحساس بالألم.
- ٧ - إحساس باضطراب سوماتي.

## 7 - Orientation:

- 1 - Disturbed.
- 2 - Undisturbed.
- 3 - Disoriented to time.
- 4 - Disoriented to place.
- 5 - Disoriented to persons.

## ٧ - التوجه في الزمان والمكان:

- ١ - مضطرب.
- ٢ - غير مضطرب.
- ٣ - عدم القدرة على التوجه في الزمان.
- ٤ - عدم القدرة على التوجه في المكان.
- ٥ - عدم القدرة على معرفة الأشخاص.

## 8 - Attention and Concentration:

- 1 - Intact.
- 2 - Impaired.
- 3 - Truantiing.

## ٨ - الانتباه والتركيز:

- ١ - سليم.
- ٢ - غير سليم أو مضطرب.
- ٣ - شرود - سرحان.

10 - Loss of Association.

11 - Tangential.

B - Thoughts Stream (or Process):

1 - Rapid.

2 - Slow.

3 - Scanty.

4 - Mustism.

5 - Thoughts Block.

C - Thoughts content:

1 - Obsessional.

2 - Delusions.

3 - Suicidal.

4 - Homocidal.

5 - Overvalued Ideas.

6 - Reference Ideas.

7 - Persecutory.

8 - Grandiosity.

9 - Influence Ideas.

10 - Body Changes Ideas.

11 - Religious.

12 - Nihilistic.

13 - Guilt Ideas.

14 - Unremarkable.

15 - Bizzar Ideas.

١٠ - فقدان الترابط (لا يصل إلى الهدف).

١١ - تفكير مماسي (لا يصل بعد كلام كثير إلى الفكرة).

ب - مجرى الأفكار:

١ - سريع.

٢ - بطيء.

٣ - ضعيف أو شحيح.

٤ - أبكم.

٥ - منغلق التفكير.

ج - مضمون الأفكار:

١ - أفكار وسواسية.

٢ - هذات (توهيمات).

٣ - أفكار انتحارية.

٤ - أفكار إيذاء الذات.

٥ - أفكار متعالية، غلو، غطرسة.

٦ - أفكار إشارة.

٧ - أفكار اضطهاد.

٨ - أفكار عظيمة.

٩ - أفكار تأثير.

١٠ - أفكار بتغير لجسم.

١١ - أفكار دينية.

١٢ - أفكار عدمية.

١٣ - أفكار ذنب.

١٤ - أفكار غير واضحة.

١٥ - أفكار غريبة أو شاذة.

<b>13 - Psychometric:</b>	<b>١٣ - الاختبارات النفسية:</b>
1 - Teses Used.	١ - الاختبار المستخدم.
2 - Results of Tests.	٢ - نتيجة الاختبار.
<b>14 - Differential diagnosi and multiaxil classification:</b>	<b>١٤ - التشخيص التفريقي:</b>
<b>15 - The Report:</b>	<b>١٥ - تقرير الاختصاصي النفسي السريري:</b>
<b>16 - Summary of the above case:</b>	<b>١٦ - ملخص الحالة:</b>
<b>17 - Suggestions and Recommendation</b>	<b>١٧ - توصيات ومقترحات:</b>
<b>18 - Plane of psychotherapy:</b>	<b>١٨ - خطة العلاج النفسي:</b>
<b>19 - Signature:</b>	<b>١٩ - توقيع الاختصاصي:</b>

- ملاحظات وتقرير الاختصاصي النفسي:

4 - Distractibility.	٤ - تشتت.
5 - Preoccupation.	٥ - الشغال.
<b>9 - Memory:</b>	<b>٩ - الذاكرة:</b>
1 - Intact.	١ - سليمة.
2 - Impaired-Remote.	٢ - غير مضطربة.
3 - Impaired-Recent.	٣ - ضعف الذاكرة القديمة.
4 - Impaired-Immediate.	٤ - ضعف الذاكرة القريبة (الحديثة).
5 - Impaired-Immediate.	٥ - ضعف الذاكرة الأنية.
6 - Confabulation.	٦ - تخريف.
7 - Hypernesia.	٧ - فقدان ذاكرة شديد.
<b>10 - Insight:</b>	<b>١٠ - الاستبصار:</b>
1 - Full Insight.	١ - مستبصر.
2 - Not Insight.	٢ - غير مستبصر.
3 - Partial Insight.	٣ - استبصار جزئي.
4 - Lacking Insight.	٤ - نقص في الاستبصار.
<b>11 - Intelligence and general information:</b>	<b>١١ - القدرة العقلية العامة والمعلومات العامة:</b>
1 - Good (Above Average).	١ - جيد.
2 - Average.	٢ - متوسط.
3 - Below Average.	٣ - دون المتوسط.
4 - Weak.	٤ - ضعيف.
<b>12 - Judgement:</b>	<b>١٢ - القدرة على الحكم:</b>
1 - Normal.	١ - عادي.
2 - Impaired or Disordered.	٢ - مضطرب.

## ملحق رقم (2) نماذج من اختبارات نفسية تفيد في مجال التقويم والعلاج النفسي السلوكي:

- ١ - اختبار ويللوبي للشخصية لقياس الميول العصابية.
- ٢ - اختبار آرناف المشتمل على (EPQ)(EPI).
- ٣ - اختبار الشخصية متعددة الأوجه (MMPI).
- ٤ - اختبار تأكيد الذات من وضع جوزف ولبي - لازاروس.
- ٥ - اختبار أحداث الحياة (هولمز - راهي).
- ٦ - اختبار قياس حالة القلق وسمة القلق.
- ٧ - اختبار بندر جشتالت البصري - الحركي (اختبار نفسي - عصبي).
- ٨ - اختبار القدرة العقلية (IQ) ومستويات القياس العقلي.
- ٩ - اختبار مفهوم الذات الموجب والسالب.
- ١٠ - اختبارات أخرى مفيدة في هذا المجال (جداول مسح الخوف، وجداول التدعيم أو التعزيز، واستبيانات الإرشاد العائلي، والإرشاد الزوجي...) (١).

## قائمة ويللوبي للشخصية Willoughby Personality Schedule أو قائمة ويللوبي للميل العصابي: (Willoughby Neurotic Tendency Schedule):

أعدّ هذه القائمة في صورتها الإنكليزية عالم النفس الأميركي ريموند ويللوبي بعد مراجعته لقائمة ثيرستون للشخصية في العام، ١٩٣٤، وهي تستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي والعلاج السلوكي لدى جوزف ولبي منذ عام

(١) يمكن في العبادة النفسية السلوكية استخدام العديد من الاختبارات النفسية الممتنة والتي يراها المعالج أو الاختصاصي مناسبة مثل استبيان المشاعر الأسرية (F.F.D) الذي وضعه لومان Lowman (١٩٨٠)، واختبار التوافق الزوجي (MAT) من وضع Look (١٩٥٩)، واستبيانات ويس (Weis)، وهوبس (Hobbes)، وباترسون (Patterson) (١٩٧٣) لمشاكل الأزواج، بالإضافة إلى اختبارات هاملتون للقلق، أو للاكنتاب، واختبارات مركز الضبط أو التحكم (Locus of Control)، واختبارات الذاكرة (MQ) والوظائف المعرفية مثل اختبار رافن للمصفوفات، واختبار ستانفورد - بينيه، والاختبارات المصورة، واختبارات الرسم. ولا يمانع بعض السلوكيين حالياً من استخدام بعض الاختبارات الإسقاطية مثل (TAT) وغيرها.

(١٩٥٨)، (١٩٧٣) وكمؤشر لمدى التحسن في العلاج السلوكي، ويطلق على القائمة حالياً اسم قائمة ويللوبي للميل العصابي، حيث أن مصطلح الميل العصابي أدق من مصطلح الشخصية العام، وهذا ما فعله آيزنك وستانلي وولبي الاختبار كاختبار للعصابية أو لردود أفعال القلق الدائمة. كما تعتبر القائمة مقياساً للقلق الذي هو محور الأعصاب (Neuroses) ومقياساً للعصابية (Neuroticism) (وهو بعد الاتزان الانفعالي وعدم الاتزان لدى آيزنك). والعصابية هي الاستعداد للإصابة بالعصاب أو الميل إلى تكوين أعراض عصابية عند التعرض للضغوط البيئية (stress)، ولهذه القائمة بعض السزايما يمكن تطبيقها على عدد كبير من الأفراد في الوقت نفسه، وتستغرق وقتاً قصيراً، ويمكن تصحيحها بسرعة، ولها صدق وثبات مقبولان، وتتكوّن القائمة من ٢٥ سؤالاً، يجاب عن السؤال من خلال مقياس من خمس درجات تمتد من الصفر حتى رقم ٤. وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم وجود عصابية والعكس، وللقائمة مفتاح تصحيح. وتقسّم الأسئلة إلى معلومات ترتبط بالعلاقات بين الأشخاص، وإلى درجات من الحساسية الانفعالية العامة، وللقائمة تعليمات للتطبيق. وتشير الدراسات التي أجريت على القائمة أن النساء أكثر عصابية من الرجال، والعصابيون يميلون إلى أن يطلّوا بدرجة عصابيتهم نفسها أو يصبحون أكثر عصابية مع تقدم العمر، بينما تنخفض العصابية لدى الأسوياء بشكل طفيف حتى عمر الستين تقريباً، ثم يحدث ارتفاع حاد في العصابية بعد ذلك (كاتل - شابر، ١٩٦١). ومن المشكلات التي تواجه هذا المقياس (ومقياس الشخصية) مشكلة تزيف الاستجابة (Falsification) نحو الأحسن (Faking Good) أو نحو الأسوأ (Faking Bad)، وهذا ما يُسمّيه ريموند كاتل بالتشويه الدفاعي (Motivational Distortion)، وللقائمة معايير معينة للذكور والإناث (المئينيات Percentiles). ويرى ولبي أن بعض الحالات قد تحصل على درجة منخفضة في القائمة. ورغم ذلك تعاني من العصاب في مجالات أخرى لم تغطها القائمة، وبالنسبة لجوزف ولبي تُستخدم القائمة كواحدة من المصادر في بناء مدرج القلق، كما تُستخدم الدرجة الكلية كمقياس لتحسن العلاج السلوكي.

## مقياس ويلوبي للشخصية

### (WNTS) (Willoughby's Neuretic Tendency Schedule)

في ما يلي بعض الأسئلة، والمرجو أن تجيب عنها بوضع دائرة حول أحد

أن تعبر عما يصف سلوكك بدقة حسب ما يلي:

الاسم:	صفر	لا أبداً.
العمر:	١	أحياناً قليلاً.
العنوان:	٢	بدرجة متوسطة.
التاريخ:	٣	عادة، كثيراً
	٤	دائماً، تماماً.

١ - هل تخاف من مواجهة الجمهور والتحدث إليه؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢ - هل يشغل بالك أنهم حين تتعرض للإهانات؟	صفر	١	٢	٣	٤
٣ - هل تخاف من أن تسقط عندما تظل من مكان مرتفع؟	صفر	١	٢	٣	٤
٤ - هل يجرح الناس شعورك بسهولة؟	صفر	١	٢	٣	٤
٥ - هل تتجنب الظهور أمام الناس في المناسبات الاجتماعية؟	صفر	١	٢	٣	٤
٦ - هل تصاب بنوبات متوالية من السرور والحزن دون أن تعرف لها سبباً؟	صفر	١	٢	٣	٤
٧ - هل أنت من النوع الخجول؟	صفر	١	٢	٣	٤
٨ - هل يسرح ذهنك وتسلم لأحلام اليقظة في كثير من الأحيان؟	صفر	١	٢	٣	٤
٩ - هل تضعف همتك بسهولة حين تفشل في عمل من الأعمال؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٠ - هل تقول أشياء فوراً ودون تفكير ثم تندم عليها بعد ذلك؟	صفر	١	٢	٣	٤
١١ - هل تحب أن تكون وحيداً؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٢ - هل تصرخ في كثير من الظروف والمناسبات؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٣ - هل بضايقت أن يراقبك الناس وأنت تعمل حتى وإن كنت تؤدي عملك بإتقان؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٤ - هل يجرح الناس شعورك بشدة حين ينتقدونك؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٥ - إذا قابلت في الطريق شخصاً لا تريد مقابلته، فهل تعبر الشارع تجنباً لمقابلته؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٦ - إذا كنت في اجتماع أو حفلة شاي فهل تتجنب مقابلة الشخص البارز المهمة؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٧ - هل تشعر في كثير من الأحيان بأنك شخص غريب؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٨ - هل تتردد في الاشتراك في مناقشة أو مناظرة تجري بين جماعة من الناس؟	صفر	١	٢	٣	٤
١٩ - هل تكون وحيداً في كثير من الأحيان؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢٠ - هل تشعر بالخشية والتهيب أمام الرؤساء؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢١ - هل تفقد الثقة بنفسك؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢٢ - هل أنت حساس لمظهرك الخارجى بوجه خاص؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢٣ - إذا رأيت حادثاً في الطريق، فهل تشعر أن هناك شيئاً يمنعك من تقديم المساعدة؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢٤ - هل تشعر بالنقص وأنت أقل من غيرك؟	صفر	١	٢	٣	٤
٢٥ - هل يصعب عليك أن تتخذ قراراً في موضوع ما حتى تفوت عليك الفرصة؟	صفر	١	٢	٣	٤

## قائمة آيزنك (EPI)<sup>(١)</sup>

### الصورة (ب)

المهنة/.....	ع = العصابية.
السن/.....	م = الانبساط.
الجنس/ (ذكر - أنثى).....	ك = الكذب.

### تعليمات

- إليك بعض الأسئلة عن الطريقة التي تسلك بها وتشعر وتعمل. وبعد كل سؤال تجد مسافة للإجابة ب (نعم) أو (لا).
- حاول أن تجد الإجابة التي تتفق مع الطريقة المعتادة في التصرف والشعور، هل هي (نعم) أم (لا) ثم ضع علامة تحت العمود (نعم) أو تحت العمود (لا).
- أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً في أي سؤال فنحن نريد استجابتك الأولى، ولا نريد الإجابة بعد عملية تفكير طويل.
- يجب ألا يستغرق الاستثناء كله أكثر من بضع دقائق.
- لا تترك أي سؤال بدون إجابة.
- والآن اقلب الصفحة وأجب عن الأسئلة:
- اعمل بسرعة وتذكر أن تجيب عن كل سؤال. وليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة فهذا مقياس للطريقة التي تسلك بها وتتصرف.

(١) - من وضع محمد فخر الإسلام، وجابر عبد الحميد جابر.

- هناك أيضاً قائمة (EPI) لهنري اريك وهي تقبس بالإضافة إلى قائمة (EPI) بعد الذهانية، والنيل

إلى الجريمة أو العدوان.

- ١ - هل تحب كثيراً الإثارة والصخب حولك؟
- ٢ - هل ينتابك شعور بعدم الاستقرار إزاء رغبتك في شيء لا تدري ما
- ٣ - هل إجابتك (حاضرة) عادة عندما يتحدث إليك الناس؟
- ٤ - هل تشعر أحياناً بالسعادة وأحياناً بالحزن بدون أي سبب واقعي؟
- ٥ - هل تظل عادة في الخلفية أو المؤخرة في الحفلات أو الاجتماعات؟
- ٦ - هل كنت تعمل دائماً ما يطلب منك وأنت صغير السن دون إبطاء أو شكوى؟
- ٧ - هل تكتئب وتطوي على نفسك أحياناً؟
- ٨ - إذا جررت إلى خلاف أو شجار فهل تفضل أن تخرج ما في نفسك على السكوت عسى أن يؤدي هذا إلى الاحتدام أو الانفجار؟
- ٩ - هل أنت متغير المزاج؟
- ١٠ - هل تحب الاختلاط مع الناس؟
- ١١ - هل حدث كثيراً أن ضاع منك النوم بسبب التفكير في ما يقلقك؟
- ١٢ - هل تتضايق أحياناً وتشعر بعدم الاستقرار؟
- ١٣ - هل تعتبر نفسك من المتواكفين غير المبالين؟
- ١٤ - هل يغلب أن تتخذ قراراتك بعد فوات الأوان؟
- ١٥ - هل تحب العمل على انفراد؟
- ١٦ - هل يغلب أن تشعر بالتعب وفطور الهمة دون سبب كاف؟
- ١٧ - هل يغلب عليك أن تكون مليئاً بالحيوية والنشاط؟
- ١٨ - هل تضحك أحياناً على النكت البذيئة الفاضحة؟
- ١٩ - هل تشعر أحياناً أنك قد تحملت ما يكفي لتشعر بالاشمئزاز والضيق؟
- ٢٠ - هل تشعر بعدم الارتياح إذا ارتديت ملابس غير الملابس العادية؟
- ٢١ - هل يشرّد ذهنك عندما تحاول التركيز على موضوع؟
- ٢٢ - هل تستطيع التغيير عن أفكارك بالكلمات بسرعة؟
- ٢٣ - هل يغلب أن تستغرق في التفكير (ونسى نفسك)؟
- ٢٤ - هل أنت منحرر تماماً من جميع أنواع التعصب؟

- ٢٥ - هل تحب عمل المقالب للآخرين؟
- ٢٦ - هل تفكر كثيراً في ماضيك؟
- ٢٨ - عندما تتضايق هل تحتاج إلى صديق تحدّثه عن ذلك؟
- ٢٩ - هل تتضايق لمنع أشياء لسبب وجيه، أو طلب المال من الآخرين؟
- ٣٠ - هل تفتخر قليلاً في بعض الأحيان؟
- ٣١ - هل أنت حساس حيال بعض الأشياء؟
- ٣٢ - هل تفضل البقاء في المنزل وحدك على الذهاب إلى حفل ممل؟
- ٣٣ - هل يعمل بك عدم الاستقرار أحياناً إلى درجة لا تستطيع معها الجلوس في مقعد فترة طويلة؟
- ٣٤ - هل تحب التخطيط للأشياء بدقة قبل أن يجيء وقتها بوقت كاف؟
- ٣٥ - هل تحدث لك نوبات (دوخة)؟
- ٣٦ - هل تجيب دائماً على الخطابات الشخصية بمجرد أن تقرأها؟
- ٣٧ - هل تستطيع القيام بأعمالك عندما تفكر فيها بمفردك على نحو أفضل مما لو ناقشتها مع الآخرين؟
- ٣٨ - هل شعرت بضيق في التنفس ذات مرة دون أن تعمل عملاً شاقاً؟
- ٣٩ - هل أنت شخص تأخذ الأمور ببساطة ولا ينفلقك ألا يكون كل شيء على ما هو عليه؟
- ٤٠ - هل تقاسي من أعصابك؟
- ٤١ - هل تفضل التخطيط للأشياء على عملها؟
- ٤٢ - هل تؤجل ما ينبغي عمله اليوم إلى الغد أحياناً؟
- ٤٣ - هل تصبح عصيباً إذا كنت في أماكن كالمصعد والقطار والنفق؟
- ٤٤ - عندما تكون صداقات جديدة، هل تكون أنت البادئ عادة أو الداعي؟
- ٤٥ - هل يحدث لك صداع شديد؟
- ٤٦ - هل تشعر عادة أن الأمور سوف تتبلور ونحل في النهاية بطريقة أو بأخرى؟
- ٤٧ - هل يصعب عليك أن تنام في موعد النوم؟









## أنموذج توقع حدوث تبدلات في الحياة

### اختبار «Life events scale «Holmes - Rahe»

الاسم والشهرة: .....

العمر: .....

التاريخ: .....

تعليمات الاختبار: هذا الاختبار يساعدنا على معرفة أنماط التوترات والتغير التي تعيشها وتخبرها. ولبنود هذا الاختبار تأثير غير مباشر على صحتك، و تساعدنا على تقويم حالتك عموماً.

إذا كانت أيّ من الأحداث الحياتية المذكورة أدناه قد صادفتك في الـ الأخيرة، ضع في العمود المُعَنَّون بكلمة «الماضي»، وفي المربع المقابل للحدث إشارة (x).

وإذا كنت تتوقع حصول الحدث في خلال الاثني عشر شهراً المقبلة أيضاً، ضع العمود المُعَنَّون بكلمة «المستقبل»، وفي المربع المقابل للحدث المتوقع إشارة (.)

لا	نعم	
		٢٣
		٢١
		٢٥

هل من الصعب عليك أن تقول أشياء حسنة للآخرين؟

هل لديك صديق حميم يمكنك معه مناقشة كل شيء

هل يعجبك الشخص الذي حين يفشل يُحاول مرات

أخرى بوسائل جديدة؟

### مفتاح التصحيح:

نعم (١ - ٥ - ٨ - ٩ - ١١ - ١٦ - ١٧ - ١٨ - ١٩ - ٢٠ - ٢٤ - ٢٥).

لا (٢ - ٣ - ٤ - ٦ - ٧ - ١٠ - ١٢ - ١٣ - ١٤ - ١٥ - ٢١ - ٢٢ - ٢٣).

المستقبل	الماضي
----------	--------

تبدل في التسليبات ووسائل الراحة.	١٩	- ٣٣
تبدل في النشاط الديني (العبادة).	١١	- ٣٤
تبدل في النشاطات الاجتماعية.	١٧	- ٣٥
تبدل في العلاقات الاجتماعية.	١٠	- ٣٦
تبدل في عدد افراد الاسره الذين هم على راس.	٥	- ٣٧
تبدل في عادات الطعام.	١٣	- ٣٨
تعطل.	١٢	- ٣٩
تجاوز القانون.	١١	- ٤٠

ويتم استخلاص النتائج بجمع أرقام كل بند من بنود الاختبار التي وضع عليها المنحوص في السريخ الخاص بالبند علامة ضرب (X). فإذا تجاوز المجموع الرقم ١٥٠ نقطة فمعنى ذلك أن لديه إمكانية مقدارها ٥٠٪ للإصابة بمرض هامة خلال مدة ٢٤ شهراً. أما إذا تجاوز المجموع ٣٠٠ نقطة خلال مدة سنة ١٢ شهراً، فإن نسبة الإمكانية للإصابة بالمرض سترتفع، بين ٤ إلى ٥ مرات، وذلك خلال مدة ٢٤ شهراً.

فالاختبار إذن ينكهن بالتبدلات الطارئة التي تسبب لنا التوتر. وهذا معسر يُستخدم للتنبؤ بالمرض الذي سيصيب المنحوص مستقبلاً. ومثالنا على ذلك شخص ماتت زوجته (العلامة ١٠٠ على الدنياس) ولديه مرض أو إصابة حسنة (٥٣ علامة). ويتنبأ بالنعرض إلى تبدل عمله (العلامة ٦٣). وتبدل في عادات الطعام (العلامة ١٣):

$$\text{مجموع النقاط: } ١٠٠ + ٥٣ + ٦٣ + ١٣ = ٢٢٩ \text{ نقطة.}$$

معنى هذا أن المريض المنحوص لديه نسبة ٥٠٪ من الاحتمال للإصابة بمرض خلال ٢٤ شهراً المقبلة.

وبواسطة العلاج، يمكن زيادة قدرة الفرد على التعامل مع مؤثرات الحياة، وهذا هو هدف العلاج السلوكي.

المستقبل	الماضي
----------	--------

موت زوج/ أو زوجة	١٠٠	- ١
طلاق.	١٣	- ٢
انفصال زوجي.	٦٥	- ٣
تفكير في الطلاق.	٦٣	- ٤
موت أحد افراد العائلة (عند الزوج أو زوجة).	٦٣	- ٥
حدوث إصابة شخصية أو مرض رئيسي هام.	٥٣	- ٦
زواج.	٥٠	- ٧
طرد من العمل.	٤٧	- ٨
إعادة التوافق الزوجي.	٤٥	- ٩
الإحالة على التقاعد.	٤٥	- ١٠
تبدل في صحة أحد أفراد العائلة.	٤٤	- ١١
حدوث حمل.	٣٩	- ١٢
صعوبات جنسية.	٣٩	- ١٣
ولادة جديدة في الأسرة.	٣٩	- ١٤
تبدل العمل.	٣٨	- ١٥
تبدل في الوضع المالي.	٣٧	- ١٦
موت صديق عزيز.	٣٤	- ١٧
تبدل في موضوعات الحوار مع الزوج/ الزوجة.	٣٥	- ١٨
تقديم رهن مالي كبير.	٣١	- ١٩
اقتراض مال.	٣٠	- ٢٠
تبدل في مسؤولية العمل.	٢٩	- ٢١
أخذ الأولاد مسغادر الدار.	٢٩	- ٢٢
متاعب مع أبناء الزوج/ الزوجة.	٢٩	- ٢٣
إنحاز شخصي هام.	٢٨	- ٢٤
توقف أحد الزوجين عن العمل.	٢٥	- ٢٥
نقد المدعمة أو انتهاءها.	٢٦	- ٢٦
تبدل في شروط الحياة.	٢٥	- ٢٧
تبدل في العادات الشخصية.	٢٤	- ٢٨
متاعب مع رب العمل.	٢٣	- ٢٩
تبدل في مناحات العمل.	٢٠	- ٣٠
تبدل السكن.	٢٠	- ٣١
تبدل في المدارس.	٢٠	- ٣٢

## استبيان التقدير الذاتي (القلق)<sup>(١)</sup>

### (الصورة ط - ١) حالة القلق

الإسم : ..... العمر: .....  
 المدرسة: ..... الصف: .....

#### التعليمات:

في ما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في ود - أنفسهم. اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) في الدائرة المناسبة أمام العبارتي تشير إلى ما تشعر به في هذه اللحظة، ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة لا تستغرق وقتاً طويلاً في عبارة واحدة تذكر أن تختار الإجابة التي تصنف ما عر به في هذه اللحظة.

مطلقاً	قل	أحياناً	كثيراً
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○
○	)	○	○

مطلقاً	قليلاً	أحياناً	كثيراً
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٤ - أشعر بتوتر زائد .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٥ - أشعر بالاسترخاء .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٦ - أشعر بالرضا .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٧ - أشعر بالكدر .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٩ - أشعر بالسعادة العنيفة .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٠ - أشعر بأي أدخل السرور على الآخرين .....			

## استبان التقدير الذاتي (القلق) (١)

### (الصورة ط - ٢) سمة القلق

الاسم : ..... العمر: .....

المدرسة: ..... الصف: .....

#### التعليمات:

في ما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الناس في وصف أنفسهم. اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (x) في الدائرة المناسبة أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به عادة. ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة، لا تستغرق وقتاً طويلاً في عبارة واحدة، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به عادة..

مطلقاً	قليلاً	أحياناً	كثيراً
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢١ - أشعر بأي أدخل سرور على الآخرين .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٢ - أشعر بسرعة .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٣ - أشعر بالتعبيل إلى اليأس .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٤ - أشعر أنني كنت سعيداً مثلما ينادي الآخرون .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٥ - أفقد السيطرة على الأشياء لاني لا أستطيع اتخاذ قرارى بسرعة .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٦ - أشعر بالراحة .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٧ - أشعر بالهدوء الأعصاب .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٨ - أشعر أن العنيت تتراكم تدريجاً أنني لا أستطيع التغلب عليها .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢٩ - أشعر بأي فشل بشدة على أمور لا تستحق ذلك .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٣٠ - أنا سعيد .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٣١ - أميل إلى صعوبة الأمور .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٣٢ - يفتصني الشعور بالثقة بالنفس .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
٣٣ - أشعر بالأسف .....			

## اختبار مفهوم الذات للكبار

تأليف: د. محمد عماد الدين اسماعيل

مطلقاً	قليلاً	أحياناً	كثيراً
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٤ - أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٥ - أشعر بالغم	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٦ - أشعر بالرضا	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٧ - تجول بأذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٨ - أرى في خيالي أشخاصاً جازاً لا ألتقيهم في الواقع	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... من - نمي	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٣٩ - أن لشخص مستقر	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... ٤٠ - أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً في	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... اهتماماتي وميولي الحالية	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### تعليمات الاختبار:

ستجد في الصفحات التالية عبارات أو جمل يتضمن كل منها صفة الصفات. هذه الصفات لا يتساوى فيها الناس جميعاً بالطبع. بل يختلف كل من عن الآخر من حيث الدرجة التي تتوفر بها عنده هذه الصفة أو تلك. والمطلوب منك.

أولاً: أن تعطي درجة في كل صفة من هذه الصفات وذلك بحسب فكرتك أو عن نفسك أو بحسب ما تراه من حيث مدى توفر هذه الصفة فيك. وطريقة ذلك

- ١ - تناول ورقة الإجابة وقلم رصاص.
- ٢ - اقرأ كل عبارة من العبارات التي تشتمل عليها هذه الكراسة جيداً.
- ٣ - إذا كنت ترى أن الصفة التي تتضمنها العبارة لا توجد لديك «بالدرة» فضع علامة (X) بالقلم الرصاص أمام رقم العبارة في خانة صفر وهي الخانة التي كتب عنوانها كلمة (بالدرة).
- ٤ - أما إذا كنت ترى أن الصفة تتوفر لديك بأكبر درجة ممكنة أي بدرجة كبيرة جداً فضع علامة (X) بالقلم الرصاص أمام رقم العبارة في الخانة رقم والتي عنوانها (أكبر درجة).
- ٥ - وإذا كنت ترى أن الصفة تتوفر لديك بدرجة متوسطة فضع العلامة أمام رقم العبارة في الخانة رقم ٤ وهي التي عنوانها متوسطة.
- ٦ - أما إذا كانت الصفة تتوفر لديك بدرجة ما من الدرجات التي تتراوح بين هذ

الحدود الثلاثة فاختر الدرجة المناسبة وضع العلامة في الخانة التي توجد تحت هذه الدرجة وأمام رقم العبارة.  
تذكر أن عليك أن تقدّر مدى توفر الصفة التي تتضمنها كل عبارة، في نفسك،

بين الصفر و٨ أي بناء على ما إذا كانت الصفة لا توجد لديك «بالمرة» أو توجد لديك بدرجة «نادرة أو بسيطة أو بدرجة أقل من المتوسط أو بدرجة متوسطة أو بدرجة أعلى من المتوسط أو بدرجة كبيرة أو بدرجة كبيرة جداً أو بأكبر درجة ممكنة».

اجعل تقديرك بناء على فكرتك أنت عن نفسك كما هي في الواقع. ولا تنس أن تضع العلامة أمام رقم العبارة بالقلم الرصاص وفي الخانة الصحيحة. لا تترك عبارة بدون تقدير.

والآن ابدأ في التقدير. وبعد أن تتم الاختبار جميعه اقرأ الفقرة التالية:

ثانياً: بعد أن تكون قد فرغت من ملء ورقة الإجابة بالقلم الرصاص تناول القلم الأحمر، سر في الاختبار كما فعلت في المرة السابقة ولكن بدلاً من تقديرك للصفة كما تراها في نفسك أنت، والمطلوب منك هو أن تقدّر الصفة كما تتوفر لدى الشخص العادي، أو لدى الناس عامة من وجهة نظرك أنت. وذلك على ورقة الإجابة نفسها.

خذ مثلاً العبارة التي تقول «أنا ذكي» ليس المطلوب منك أن تعبر عما يراه الناس في أنفسهم، فقد يرون أنفسهم عادة أذكيا، وقد يقولون عن أنفسهم أنهم أذكيا وهم في الواقع غير أذكيا. كل هذا لا يهمنا هنا. بل المهم هو رأيك أنت في درجة ذكاء الرجل العادي أو الدرجة التي تتوفر بها صفة الذكاء في الناس عامة من وجهة نظرك أنت، وكذلك الحال في كل صفة أخرى. ضع علامتك في كل مرة بالقلم الأحمر.

بعد أن نفرغ من هذا الجزء من الاختبار اقرأ الفقرة التالية:

ثالثاً: بعد أن تكون قد فرغت من الجزءين الأولين من الاختبار، وبعد أن تكون قد حصلت على فترة راحة كافية، تناول ورقة الإجابة نفسها للمرة الثالثة وقلمًا

أزرق. سر في الاختبار كما فعلت في المرة الأولى ولكن بدلاً من تقديرك لنفسك كما هي في الواقع المطلوب منك هو أن تقدّر نفسك كما أن تحب أن تكون عليه. اقرأ العبارة جيداً ثم أعط لكل صفة الدرجة التي تحب وتود أن تتوفر بها. أن تكون مثله.

### ملاحظة عامة:

سوف تستخدم ورقة الإجابة نفسها لتضع عليها ثلاث علامات بثلاثة أقلام مختلفة الألوان كما سبق بيانه. ولذا يستحسن أن تجعل علامتك صغيرة وواضحة حتى لا تختلط العلامات في حالة ما إذا وضعت أكثر من علامة في الخانة نفسها.

### أسئلة الاختبار:

- ١ - أحتاج إلى شخص آخر يدفعني إلى عمل الأشياء.
- ٢ - غالباً ما ألوم نفسي على أفعالي.
- ٣ - علاقتي بالآخرين قوية.
- ٤ - أعتبر نفسي مسؤولاً عما ألقيه من متاعب.
- ٥ - شخصيتي جذابة بالنسبة للجنس الآخر.
- ٦ - من الصعب التحكم في نزعاتي العدوانية.
- ٧ - أنا متمركز حول ذاتي.
- ٨ - إن أشد معاركي هي معركتي مع نفسي.
- ٩ - أشعر بأن عليّ أن أدفع نفسي دفعاً لإنجاز الأشياء.
- ١٠ - غالباً ما أشعر بأنني غير راض.
- ١١ - أكثر ميلاً إليّ أن أكون حادراً بالنسبة للناس الذين أشعر فيهم كانوا أكثر مودة مما كنت أتوقع.
- ١٢ - غالباً ما أنتقد الآخرين.
- ١٣ - أشعر بالذنب في معظم الأحيان.

- ٣٨ - أكره الجنس في نفسي .
- ٣٩ - أنقاد بسهولة لرأي الآخرين .
- ٤٠ - أشعر دائماً بالمهانة .
- ٤١ - أسر باييس .
- ٤٢ - أنا فاشل .
- ٤٣ - أنا خجول .
- ٤٤ - أنا شخص متباعد عن الناس .
- ٤٥ - أشك في قدرتي الجنسية .
- ٤٦ - أنا أشبه الجنس الآخر كثيراً .
- ٤٧ - أجد صعوبة في ضبط نزعاتي الجنسية .
- ٤٨ - أحاول ألا أفكر في مشكلاتي .
- ٤٩ - أشعر بالنتص .
- ٥٠ - يهمني أن أعرف كيف أبدو للآخرين .
- ٥١ - أنا شخص متعقل .
- ٥٢ - يبيكنني أن أقرر شيئاً وأثبت على قراري .
- ٥٣ - إنني أفهم نفسي .
- ٥٤ - أنا شخص يعتمد على (أستطيع أن أحمل المسؤولية) .
- ٥٥ - أشعر غالباً برغبة في العدوان .
- ٥٦ - أحب أن أثبت ذاتي .
- ٥٧ - أستطيع أن أعيش في وئام مع من حولي .
- ٥٨ - أنا مندفع .
- ٥٩ - أنا متسلط .
- ٦٠ - أشعر بأنني عديم الوجود .
- ٦١ - أخاف من الاختلاط مع الآخرين .

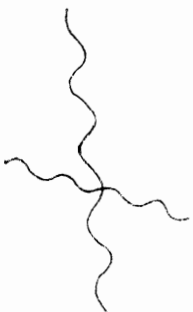
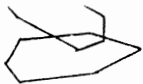
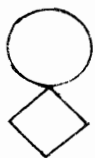
- ١٤ - أشعر بأنني عديم النفع .
- ١٥ - أتصرف مثلما يتصرف الآخرون .
- ١٦ - أقدر ذاتي حق قدرها .
- ١٧ - أنا أثبت ذاتي .
- ١٨ - أشعر بأنني مهووس .
- ١٩ - أشعر بأنني عصبي .
- ٢٠ - أشعر بأنني متفوق .
- ٢١ - أشعر بأنني مبطل الفكر .
- ٢٢ - أنا محبوب من أقراني .
- ٢٣ - أشعر بأنني مختلف عن الآخرين .
- ٢٤ - أشعر بأنني لا أنجز شيئاً .
- ٢٥ - ضبط النفس ليس مشكلة بالنسبة لي .
- ٢٦ - أنا مجتهد في عملي .
- ٢٧ - أطلب نفسي بالشيء الكثير .
- ٢٨ - أنا أهل للثقة .
- ٢٩ - أنا عنيد إلى حد ما .
- ٣٠ - أنا راض عن نفسي .
- ٣١ - أستغل وقت فراغي سعيلاً لا طيباً .
- ٣٢ - أستطيع أن أعبر عن نفسي بحرية .
- ٣٣ - لا يمكن الاعتماد علي .
- ٣٤ - لا أصل إلى قراراتي بنفسي .
- ٣٥ - أخاف من الجنس .
- ٣٦ - حياتي مليئة بالمتاعب .
- ٣٧ - أنا شخص خنوع .

- ٨٦ - أنا متسامح .  
٨٧ - أنا منافس قوي .  
٨٨ - أنا أناني .  
٨٩ - أنا سريع البديهة .  
٩٠ - أشعر بأنني ناضج عاطفياً .  
٩١ - أشعر بأنني معتمد على نفسي .  
٩٢ - يحبني معظم الذين يعرفونني .  
٩٣ - أستطيع أن أتقبل معظم القيم والمعايير الاجتماعية .  
٩٤ - أنا ذكي .  
٩٥ - القيم والمعايير الخاصة بي قليلة .  
٩٦ - أنا متفائل .  
٩٧ - أشعر بأنني لا أستطيع أن أواجه الحقائق .  
٩٨ - أحتقر نفسي .  
٩٩ - أشعر بالخوف من الفشل في أي شيء أحاول أن أقوم به .  
١٠٠ - أشعر بالاسترخاء ولا يورقني شيء .

- ٦٢ - لا أستطيع أن أصمم على شيء .  
٦٣ - أنا مضطرب .  
٦٤ - لا أحس بأي حرج عند دخولي أي مكان عام .  
٦٥ - أنا غير مستقر .  
٦٦ - أنا غير مستقر .  
٦٧ - أنا مرتاح البال .  
٦٨ - أنا قادر على التأثير في الآخرين .  
٦٩ - أنا في مركز طيب بالنسبة لأقراني .  
٧٠ - أنا ناجح في حياتي .  
٧١ - عادة ما أشعر بالوحدة وأنا أتحدث إلى شخص آخر .  
٧٢ - أشعر بعدم الأمن .  
٧٣ - لا أشعر بارتياح وأنا أتحدث إلى شخص آخر .  
٧٤ - أخاف مما يعتقد الناس عني .  
٧٥ - لا أحترم نفسي .  
٧٦ - أحجم عن مواجهة أزمة أو صعوبة .  
٧٧ - لا أشعر بأنني أقل من أي شخص آخر .  
٧٨ - أرى أنني أضطر إلى حماية نفسي من طريق الادعاء والتبريرات .  
٧٩ - أخاف من المواقف الجديدة .  
٨٠ - إرادتي قوية .  
٨١ - أنا يائس .  
٨٢ - أنا عديم الحيلة .  
٨٣ - أنا طموح .  
٨٤ - أنا أجيد الاختلاط بالآخرين .  
٨٥ - أنا أجيد المبادأة .



اختبار بندر جت لت البصري -  
الحركي لتنتج من الإصابات  
الدماعية، وحالات تلف أو التدهور  
في الوظائف الية Bender  
(Visual Moto Gestalt Test)



ثني الذراع اليسرى

ملحق رقم (3) نماذج من تدريبات الاسترخاء العضلي نقلاً عن  
جاكوبسون:



ثني القدم اليسرى



ثني الذراع اليسرى باتجاه السهم



ثني القدم اليسرى باتجاه السهم



ثني المرفق الأيسر



إنزلاق القدم اليسرى باتجاه السهم



ضغط المعصم على ذراع الكرسي

تدريب الركبة اليسرى



تدريب منطقة البطن



سحب الكعب الأيسر



التجسس بالانحناء



الضغط على القدم إلى الأسفل



تدريب عضلات الصدر



تدريب الكتفين



ثني الذراع اليسرى إلى الأمام والخلف



تدريب عضلات جانب الر



تدريب عضلات خلف العنق



ثني الرأس إلى الجانب الأيسر



ثني الرأس إلى الجانب الأيمن



تدريب عضلات أعلى الكتفين والرقبة



تدريب الذراع اليمنى



تدريب عضلات الجبين



تدريب عضلات الحاجبين والجبهة



تدريب عضلات العينين والأجفان



النظر إلى الجهة اليسرى

تدريب عضلات العينين  
(النظر إلى اليمين)



تدريب عضلات العين  
(النظر إلى الأسفل)



تدريب عضلات العين  
(النظر إلى الأعلى)

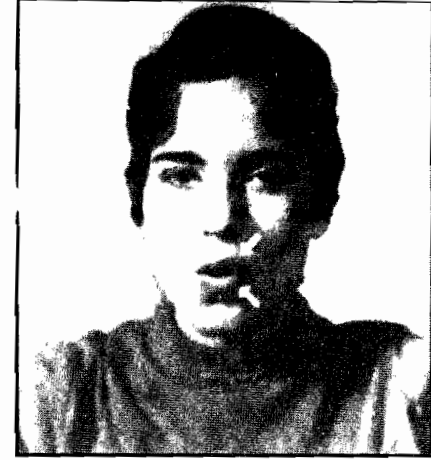




النظر إلى الأمام وتدريب العضلات  
المحيطة للعين



تدريب عضلات العين



تدريب الشفاه



إطباق الفكين وتدريب عضلات الفك



(فتح الفكين)



استرخاء عضلات العين وجهاز الكلام



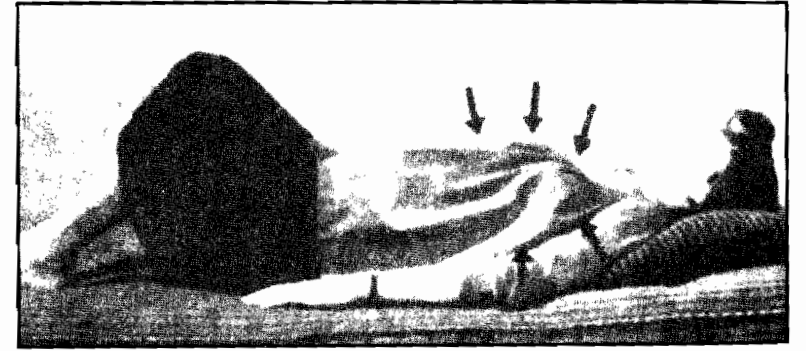
تدريب العضلات المحيطة بالشفاه



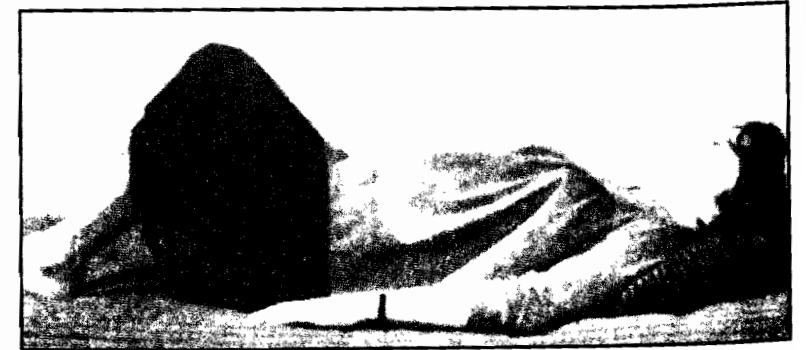
جهاز تغذية راجعة حيوية لقياس مستوى التوتر والانفعال خلال التدريب على الاسترخاء. وخلال عملية القراءة والتفكير



(رفع الكف إلى الأعلى والضغط بالمرفق باتجاه السهم)

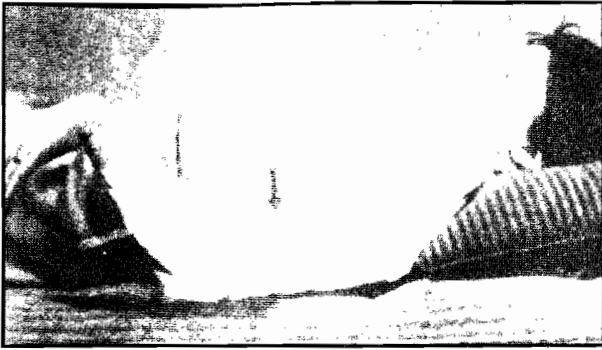


(تنفس عميق وملاحظة حركة الصدر)

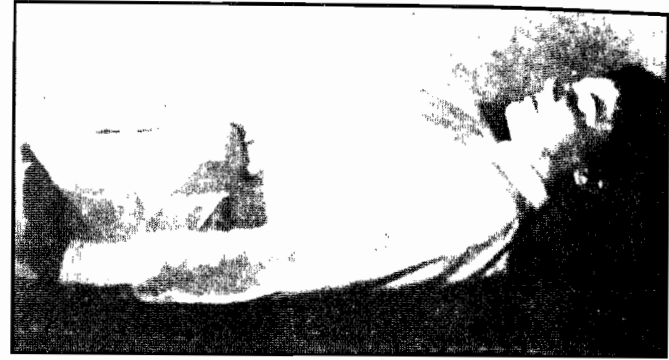


حالة استرخاء شبه تام  
(بما في ذلك استرخاء العينين وعضلات الكلام)





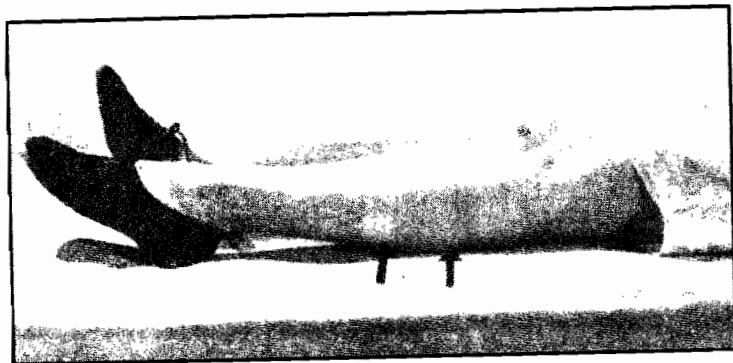
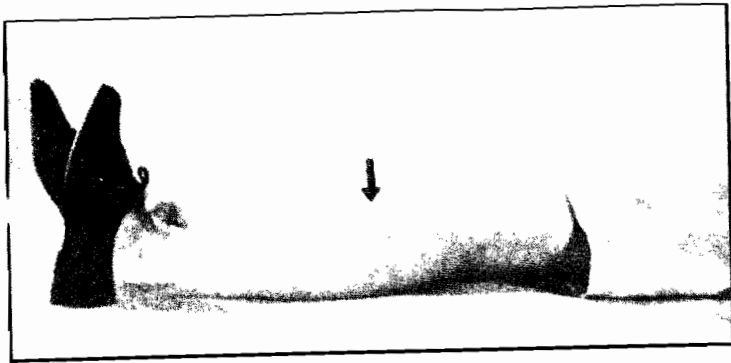
تدريب عضلات الذراع اليسرى «العضلات الفرعية» على عملية الاسترخاء والتقلص  
(رفع المرفق وثني المعصم)



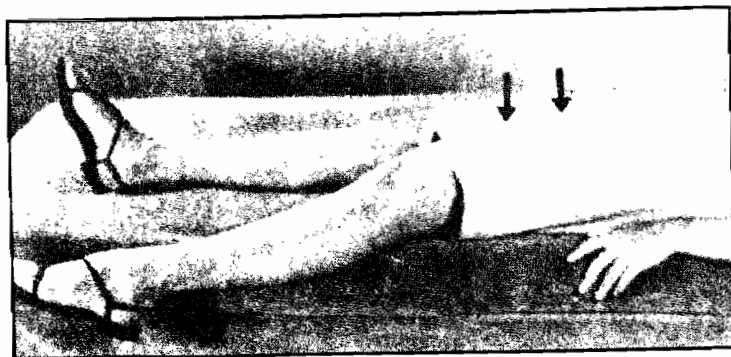
ثني الكف (أو المعصم) نحو الأعلى وتحسس الضغط بالجزء الخلفي للذراع



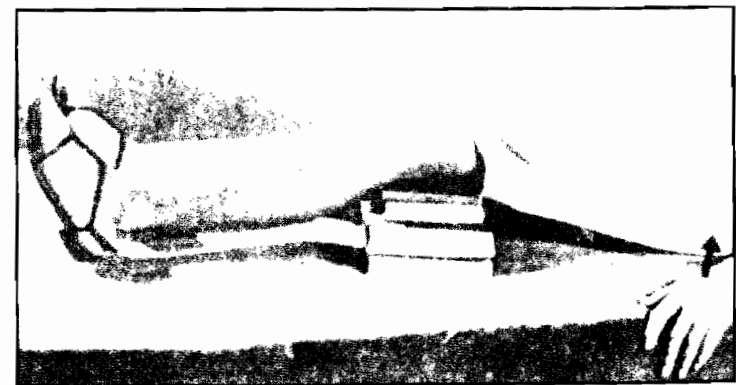
تدريب عضلات الذراع اليسرى «العضلات الفرعية» على عملية الاسترخاء والتقلص

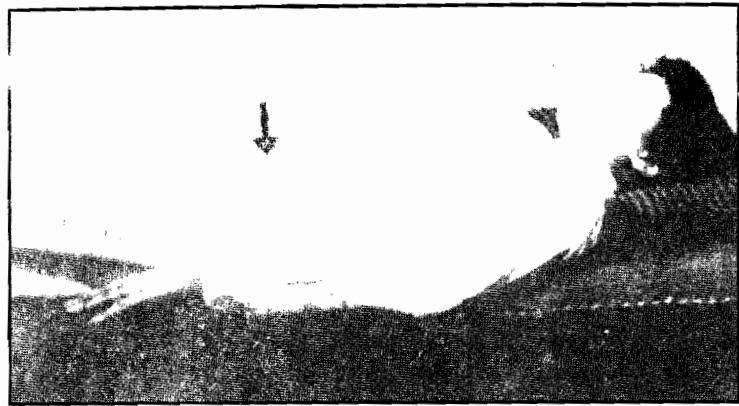


تدريب عضلات الساق



تدريب عضلات الساق





تدريب عضلات المعدة «والبطن»



تدريب عضلات الرقبة



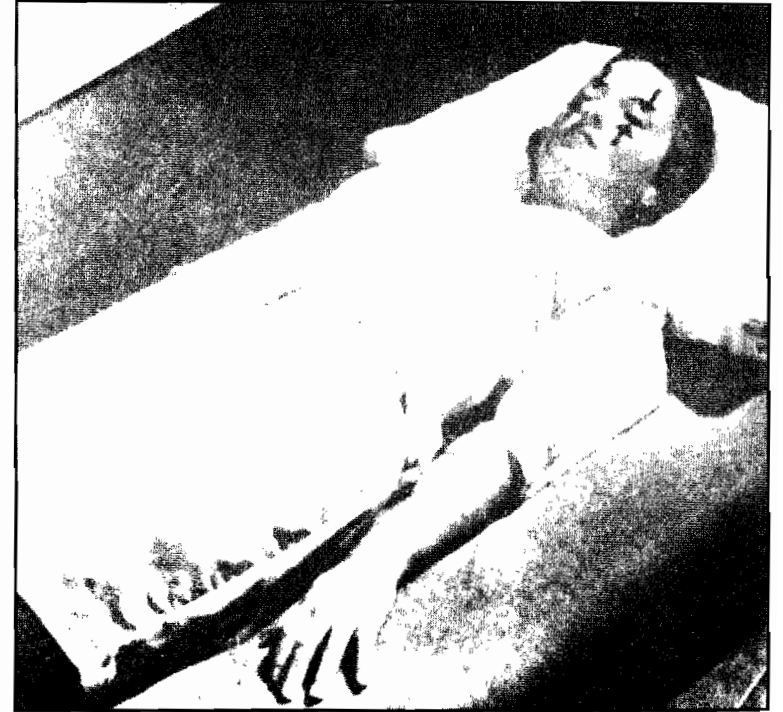
تدريب عضلات جانبي العمود الفقري



تدريب عضلات الصدر



تدريب الجبين وبين العينين  
والجفنين



تدريب عضلات الجبين وبين العينين والجفنين



(تعلم الاسترخاء) أثناء القراءة



الاسترخاء أثناء الجلوس



حالة استرخاء تام

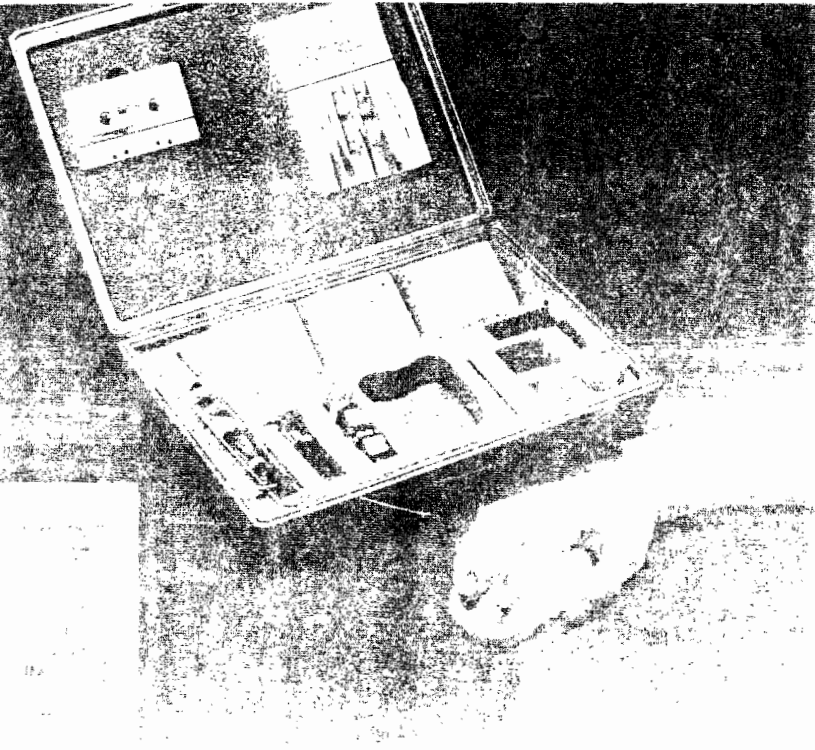


تدريب المولود علي الاسترخاء



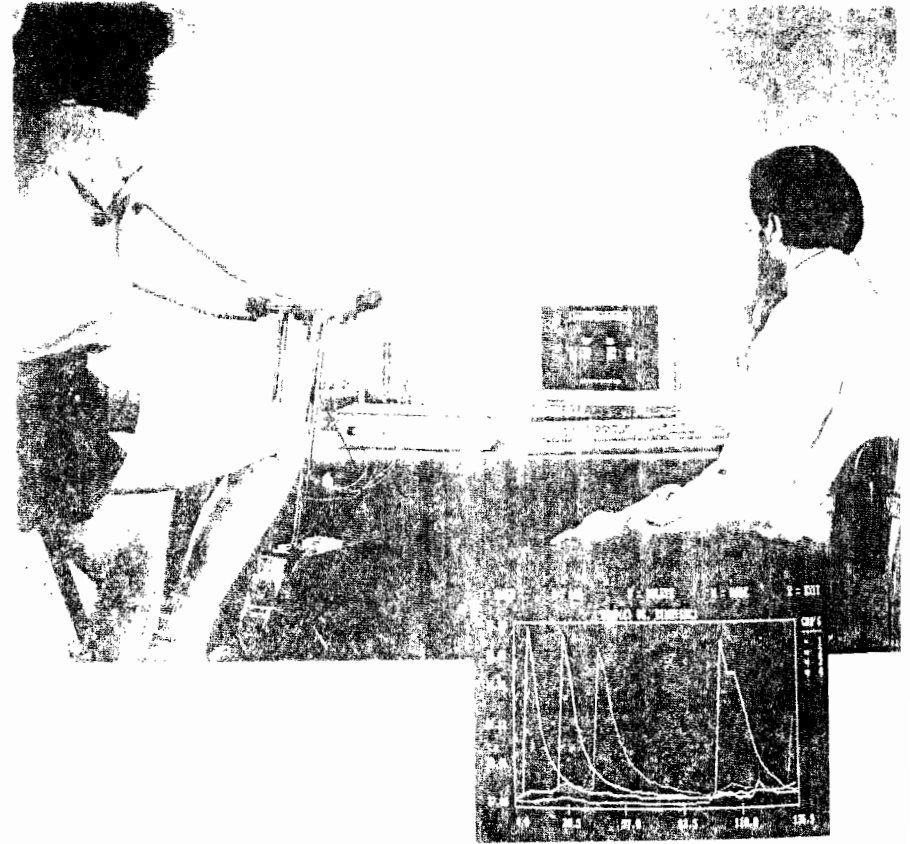
ثني الذراع الأيمن

ملحق رقم (4) أجهزة التغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback):



جهاز استجابة الجلد الغلغائية G.S.R

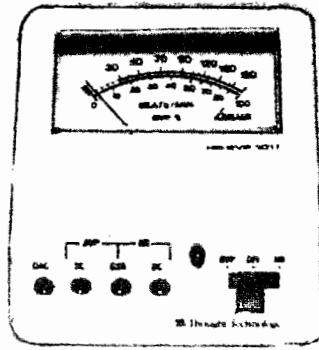
لقياس التغيرات الكهربائية للجلد بسبب الإثارة أو التنبيه  
وكذلك جهاز قياس درجة حرارة الجسم وتغيراتها حسب الحالة النفسية  
(توتر - استرخاء)



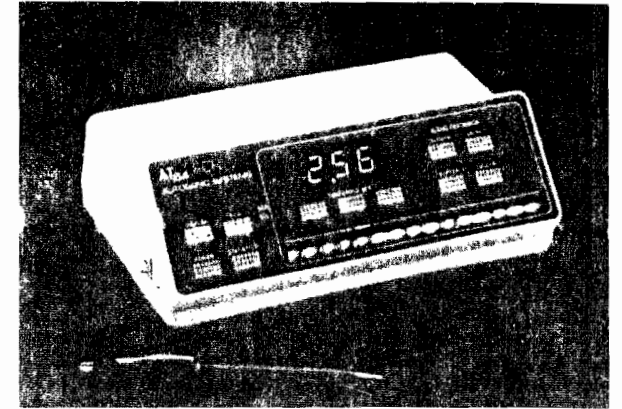
(جهاز استقبال البيانات الحرارية)



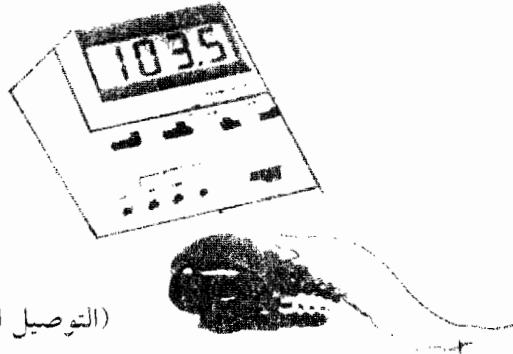
قياس معدل ضربات القلب



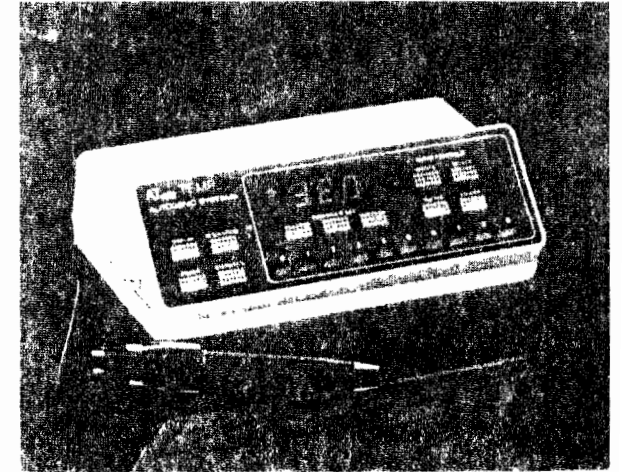
قياس معدل ضربات القلب للجلد (SCR)



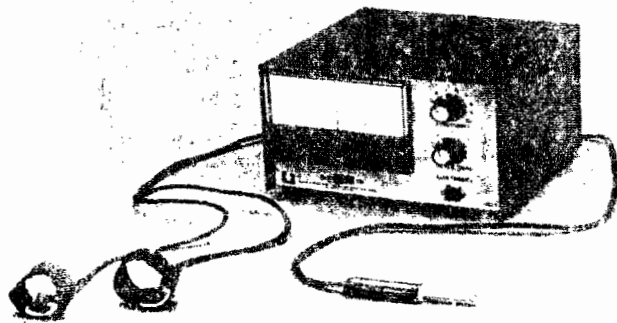
(التوصيل الحراري للجلد)



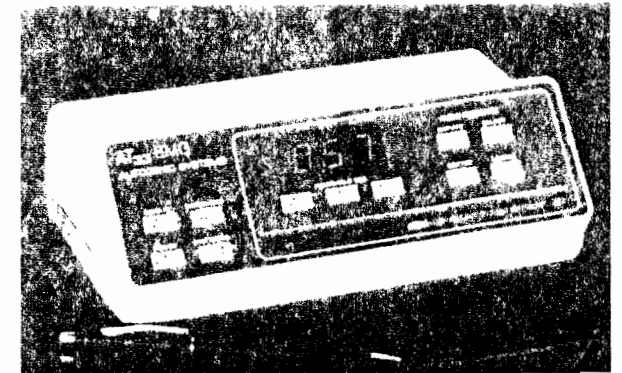
(جهاز قياس حرارة الجلد) (Temp)



(جهاز الاستجابة العاكسة للجلد)



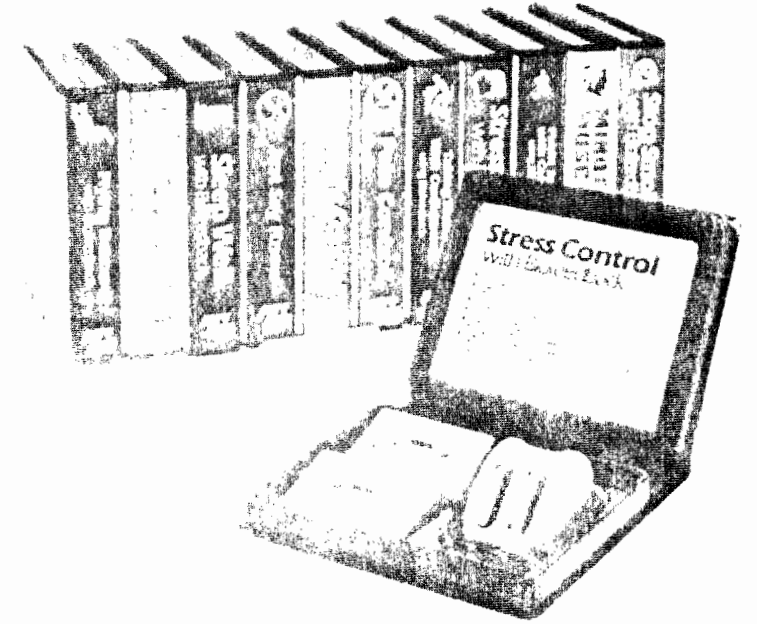
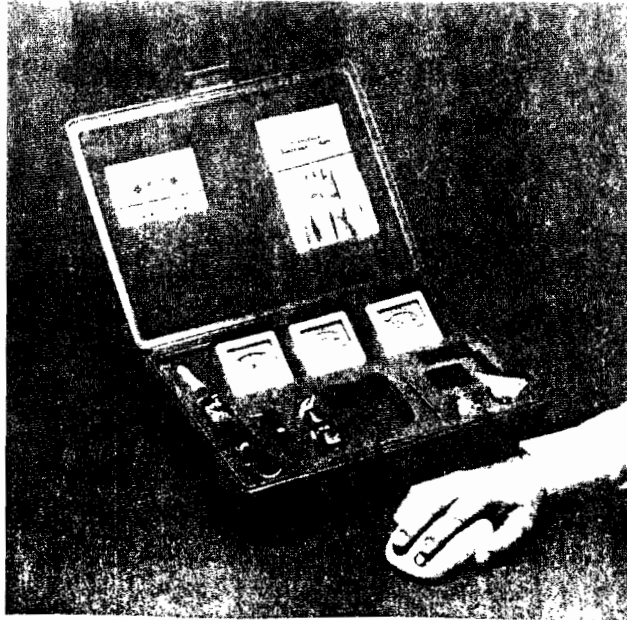
(جهاز تخطيط العضلات) لقياس استرخاء تقلص العضلات







أجهزة أكثر حداثة ونظورا



أشرطة كاسيت تحتوي على برامج تدريبية توضح كيف أن عملية التغذية الراجعة الحيوية تساعد في التخلص من بعض العادات، أو تعلم بعض هذه العادات، وإعادة تعلمها، ومعظم هذه البرامج معدة من قبل أخصائيين نفسيين، وخضعت للاختبار لفترة من الزمن. وهي مفيدة في مجال خفض التوترات أو السيطرة عليها. والتحكم بالوزن والتوقف عن التدخين، وتوفير النوم الهادئ وغير ذلك.

ملحق (٥) الأدوية والعقاقير النفسية:

مهدئات ومنومات (Sedatives/ Hypnotics)

1	Diazepam T (Valium) 5 mg.
2	Chlordiazepoxide T. (Librium) 5 & 10 mg.
3	Clorazepate Cap. (Tranxene) 5 mg.
4	Alprazolam T. (Xanax) 0,25 & 0.5 mg.
5	Midazolam Cap. (Dormicum) 7.5 mg.
6	Temazepam T (Normison) 10 mg.
7	Lorazepam T (Ativan) 1 mg.
8	Chlormethiazole Cap (Heminevrin) 300 mg.
9	Buspirone T. (Buspar) 5 & 10 mg.
10	Bromazepam T (Lexatanil) 1.5 & 3 mg.
11	Hydroxyzine T. (Atarax) 10 mg.

مضادات الذهان (Antipsychotics)

1	Chlorpromazine (Largectil) 25 & 100 mg.
2	Thioridazine T. (Melleril) 25 & 100 mg.
3	Haloperidol T. (Serenase) 5 mg.
4	Trifluoperazine T. (Stelazine) 1 & 2 & 5 mg.
5	Flupenthixol T. (Fluanxol) 0.5 & 1 mg.
6	Pimozide T. (Orap) 4 mg.
7	Promazine 25 mg.
8	Promethazine T. (Phenergan) 10 & 25 mg.
9	Risperidone T. (Risperdal) 2 & 4 mg.
10	Olanzapine T. (Zyprexa) 5 mg.
11	Zuclopenthixol (Clopixol) 25 mg.

مضادات الاكتئاب (Antidepressant)

1	Amitriptyline (Tryptizol) 25 & 50 mg.
2	Imipramine T (Tofranil) 10 & 25 & 50 mg.
3	Maprotiline T (Ludiomil) 10-25-50-75 mg.
4	Clomipramine (Anafranil) 25-75 SR. mg.
5	Trimipramine Cap. (Surmontil) 50 mg.
6	Fluoxetine Cap. (Prozac) 20 mg.
7	Fluvoxamine T. (Faverine) 50 mg.
8	Moclobemide T. (Aurorix) 150 mg.
9	Venlafaxine T. (Efexor) 37.5 & 75 mg.
10	Seroxat T 20 mg.
11	Citalopram T. (Cipram) 20 mg.

مضادات التشنجات (Anticonvulsants)

1	Carbamazepine T. (Tegretol) 200 mg & 200 CR.
2	Clonazepam T. (Rivotril) 0.5 & 2 mg.
3	Sod. Valporate T. (Depakin) 200 & 500 mg.
4	Phenobarbition T. 30 & 60 mg.
5	Phenytoin Cp. (Epanutin) 50 mg & 100 mg.
6	Lamotrigine T. (Lamictal) 50 mg.

مضادات داء باركنسون (Antiparkinsonian)

1	Benzhexol T. (Artane) 2 & 5 mg.
2	Procyclidine T (Kemadrine) 5 mg.
3	Levodopa Carbidopa t. (Sinemet) 275 mg.

## أدوية لأغراض متعددة (Miscellaneous) -

1	Piracetam Cap. (Nootropil) 400 mg.
2	Nicergoline 10 mg.
3	Lithium Carbonate T. (Lithium) 400 mg.
4	Naltrexone T. 50 mg.

الموضوع

## الموضوع

الإهداء

المقدمة

## الفصل الأول

معلومات بيوغرافية، حول مؤسس العلاج النفسي السلوكي جوزف ولبي  
 - الاصور النظرية التاريخية لصريفة جوزف ولبي في العلاج النفسي السلوكي  
 - تجارب جوزف ولبي حول سلوك القطة والعصاب التجريبي.

## الفصل الثاني

موضوعات رئيسية ومفاهيم نفسية لدى جوزف ولبي

١ - التعلم

٢ - الدافع

٣ - الحق

٤ - المخاوف وما هيها والتفسيرها

٥ - الأساس التغييرية

٦ - مخيوة الحاندة

## الفصل الثالث

تعلم السلوك العصابي (Learnig of Normal Behaviour)

لدى جوزف ولبي

الشعور والافكار (Consciousness and Thoughts)

الكف الرجعي (Reactive inhibition)

محو التعلم (Unlearning)

الكف بالثقيض (أو المتبادل) (Reciprocal Inhibition)

خصائص السلوك العادي (Characteristics of Normal Behaviour)

- أهداف العلاج (The Goals of Therapy)

- شروطا تعديل السلوك

١٠٨	٤ - الأسلوب الرابع للاسترخاء هو الاسترخاءات المختصرة أو القصيرة (مدائل الاسترخاء)
١٤٦	١ - تمارين التأمل (Meditation)
١٤٦	٢ - تمارين التأمل (Meditation)
١٤٩	٣ - تمارين توليد الأفكار الاسترخائية الذاتي (Autogenic)
١٤٩	٤ - تدريب وعي الجسم
١٤٩	٥ - تدريب ارتخاء العضل
١٥٠	٦ - تدريب الاسترخاء الاسترخائية (المهددة) (شارلين سفير) (S)
١٥١	٧ - العلاج النفسي بواسطة اليوغا (Yoga Psychology) (التشمل وتوليد الأفكار)
١٥٢	٨ - عمدة العضلات العنق
١٥٣	٩ - الامراض العصبية
١٥٣	١٠ - علاج
١٥٤	١١ - العلاج بالذكري
١٥٤	١٢ - الاسترخاء
١٥٤	١٣ - طريقة الريتكي حي الاسترخاء والارتخاء والحفاظ على طاقة (Relaxation)
١٥٦	١٤ - الأسلوب الخامس للاسترخاء
١٥٧	١٥ - الاسترخاء النفسي المتقدم (Progressive Relaxation)
١٥٩	١٦ - الاسترخاء وعمليات التعرية الراجعة الحيوية (Relaxation and Biofeedback)
<b>الفصل السادس</b>	
١٦٧	١٧ - استجابة تأكيد الذات (Self-Assertion Response)
١٧٩	١٨ - نماذج من المقابلات العلاجية حول (الاستجابة تأكيد الذات)
١٩٣	١٩ - مناقشة
<b>الفصل السابع</b>	
١٩٧	٢٠ - عملية التحصين المنظم (أو التخلص من الحساسية) (Systematic Desensitization)
٢٠٩	٢١ - التحصين المنظم الواقعي
٢٠٩	٢٢ - التحصين التصوري أو الخيالي
<b>الفصل الثامن</b>	
٢١٥	٢٣ - حالات من العيادة النفسية السلوكية (التدريب على الاسترخاء والتحصين المنظم)
٢١٥	٢٤ - الحالة الأولى حالة خوف مرضي من الجثث والموتى
٢٣٢	٢٥ - الحالة الثانية حالة وسواس قهري للنظافة والخوف من التلوث (Cleaning Obsessions)

٧٣	٢٦ - تدريب المعالجين ومعرفة الاضطراب (Training of Therapists and Knowledge of Disorder)
٧٣	٢٧ - المبادئ التي تحكم التغيير السلوكي (Principles by which Behaviour Change Occurs)
٧٥	٢٨ - استجابة تأكيد الذات
٧٥	٢٩ - الاستجابات الجنسية
٧٩	٣٠ - استجابات الاسترخاء العضلي (Muscular Relaxation Responses)
٧٩	٣١ - الاستجابة التنفسية باستخدام ثاني أكسيد الكربون (Respiratory Responses Using Carbon Dioxide)
٨١	٣٢ - الاستجابات الحركية الشرطية التنافسية (Competitively Motor Responses)
٨٢	٣٣ - استجابة التكرير أو التنفير (Aversive Response)
٨٥	٣٤ - الاستجابات السارة في مواقف الحياة (Pleasant Responses in Life Situation)
٨٥	٣٥ - المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية - عاطفية
٨٦	٣٦ - استجابات تعمل على تخفيف القلق (Anxiety-Relief Responses)
<b>الفصل الرابع</b>	
٩٣	٣٧ - جمع البيانات عن حالة المريض
٩٧	٣٨ - بناء مدرج القلق أو المخاوف لدى جوزف ولبي (Construction of Anxiety Hierarchy)
١٠٤	٣٩ - أمثلة عن بناء مدرجات القلق لحالات عصابية
١١٣	٤٠ - سلوك المريض خلال العلاج
١١٥	٤١ - شروط ضرورية من أجل نجاح العلاج
١١٧	٤٢ - التحصين المنظم خلال المقابلات (Systematic Desensitization During Interviews)
<b>الفصل الخامس</b>	
١٢١	٤٣ - استجابة الاسترخاء
١٢٨	٤٤ - أساليب التدريب على الاسترخاء
١٢٨	٤٥ - أسلوب جاكوبسون (الاسترخاء التصاعدي) (Progressive Relaxation)
١٣٠	٤٦ - أسلوب جوزف ولبي في الاسترخاء العضلي
١٣٢	٤٧ - أسلوب مارتن وبيير في الاسترخاء العضلي
١٣٥	٤٨ - أساليب أخرى للاسترخاء
١٣٥	٤٩ - الأسلوب الأول للاسترخاء
١٣٨	٥٠ - الأسلوب الثاني للاسترخاء
١٤٢	٥١ - الأسلوب الثالث للاسترخاء (أسلوب سوزان سامبتون)

الصفحة

٢٦٤  
٢٧٠  
٢٧٣  
٢٧٤

الة خوف من المناطق المغلقة (Claustrophobia)  
استبصاري (Insight Psychotherapy)  
سلوكي - المعرفي (Cognitive - Behavioural Psychotherapy)  
ترخاء والسيطرة على الذات (Relaxation Framing and Self-Control)

الموضوع

- الحالة الثالثة  
العلاج النفسي  
العلاج النفسي  
التدريب على

الفصل التاسع

٢٨١

ملاحظات وند حول طريقة الكف بالتقيض

الفصل العاشر

٣٠٣

تطور العلاج سي السلوكي بعد جوزف ولفي  
العلاج النفسي - المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة بناء

٣١٢

فرانسيس شايبورو (EMDR)  
المسمى اختصاراً (Eye Movement Desensitization Reprocessing) The

٣١٣

Emg of (EMDR)

٣١٨

الافتراضات سية لألية التأثير في طريقة (EMDR)

٣٢٠

المعالجين والعياديين حول مدى فاعلية طريقة (EMDR)

٣٢١

السلوكية « عيادة الطب النفسي السلوكي » Behavioural-psychiatric clinic

٣٢٦

بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي

٣٣٧

المراجع العر

٣٣٨

المراجع الا

٣٤١

مسرد المصصات الاجنبية الواردة في الكتاب

٣٥٣

الملاحق

٤٣٥

الفهرس



هل ترغب في الاطلاع على طرائق من العلاج النفسي حديثة وفعالة؟  
هل تريد التوصل إلى فهم عميق للعلاج النفسي السلوكي؟  
هل تسعى إلى استيعاب أفضل لحالات التوتر والاكتئاب والإدمان...  
ومعرفة أشمل لطرائق علاجها؟  
إذن، إليك هذا الكتاب المتميز أسلوباً ومادة.

### في هذا الكتاب

- ❖ يطلع القارئ على الجوانب النظرية والتطبيقية لطريقة الكف بالنقيض التي وضعها الطبيب النفسي جوزف وليبي، وهي الطريقة التي تُعتبر الأساس في فهم أبعاد العلاج النفسي السلوكي، والتي استخدمها المؤلف في علاج حالات نفسية وسلوكية صعبة في مستشفيات الطب النفسي والعيادات النفسية السلوكية في الوطن العربي.
- ❖ يجد المتخصص في علم النفس أو الطب النفسي أو التربية أو التأهيل طلبته، ويجد كل قارئ يرغب في الاطلاع على تقنيات متميزة في العلاج النفسي ما يروي ظمأه إلى معرفة كل جديد مفيد.
- ❖ يكتسب القارئ إضاءات تساعده على فهم طرائق نفسية سلوكية ثبتت فاعليتها في علاج حالات القلق، والتوتر النفسي، والوساوس، والمخاوف المرضية، والغيرة المرضية، والاكتئاب، ومحاولات الانتحار، والإدمان على التدخين والكحول والمخدرات، والانحرافات الجنسية، والاضطرابات السلوكية والنفسية الجسدية، واضطرابات الشخصية، والتبول اللاإرادي، والعادات السيئة لدى الكبار والصغار...

