

# نماذج دراسة حالات

## الجزء الأول

طلال الاسمري

2020هـ

## نموذج دراسة حالة (1)\*

المراحل	
العام	<p>الحالة ( ..... ) تعاني من مشكلة سلوكية دراسية</p> <p>التأخر الدراسي وسلوك العزلة والانطواء</p> <p>لاحظت الاختصاصية الاجتماعية ان الطالبة لديها تأخر دراسي وضعف</p> <p>في جميع المواد بالإضافة الى لاحظت سلوكها الاجتماعي حيث وجدت</p> <p>ان لديها الانطواء والعزلة .</p> <p>وبالنظر للوضع الاسري للطالبة وجدت الاختصاصية ان الحالة تنتمي</p> <p>لأسرة مفككة حيث تم طلاق أمها من الاب قبل ثلاث سنوات .</p> <p>و يرجع ذلك الى عوامل ذاتية وبيئية :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سوء معاملة والدتها .</li> <li>- طلاق الام .</li> <li>- التأخر الدراسي .</li> <li>- الرفض بالخروج مع الام في أوقات الترفيه .</li> <li>- الام تضربها في حال تأخرت لأداء واجباتها .</li> <li>- النظرة الدونية من الام الى ابنتها .</li> <li>- فكرة الام عن تربية البنات .</li> <li>- التمييز في معاملة الأولاد الذكور عن البنات .</li> <li>- إحساس الطالبة بالنقص والغيره والحق .</li> <li>- ان سبب اهمال واجباتها المدرسية هو ان الام تكلفها بالقيام بأعمال المنزل خوفا من العقاب .</li> </ul>
التصنيف	
الطائفي <input type="checkbox"/>	
اكتشاف المشكلة	
النوعي	

المراحل	
صياغة التشخيص	<p>الحالة (ج) تعاني من مشكلة سلوكية دراسية التأخر الدراسي وسلوك العزلة والانطواء وذلك لاسباب ذاتيه وبيئية تتمثل في سوء معاملة والدتها ، وطلاق الام منذ ثلاث سنوات ، والتأخر الدراسي ، حيث ان الام ترفض الخروج مع ابنتها في أوقات الترفيه ، وتضربها في حال تأخرت لأداء واجباتها ، وأيضا لدى الام نظرة دونية الى ابنتها بسبب فكرتها عن عبء مسؤولية تربية البنات ، والتمييز في معاملة الأولاد الذكور عن البنات بالإضافة الى تحريض الام ضد الأخت مما أدى الى احساسها بالنقص والغيرة والحقد نتيجة فقدانها لوجود الاب ومقارنتها مع اقرانها بالمدرسة وتمييز الام في معاملتها مع اخوتها الذكور ومعاناتها من عدم التوفيق بين اعمال المنزل وواجبات المدرسة .</p>

المراحل	
اختيار النموذج العلاجي	نموذج العلاج المعرفي السلوكي
الأساليب المناسبة مع الحالة	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الحديث إلى الذات كمحدد أساسي للشخصية Managing Self-Talk</li> <li>• أسلوب إعادة البناء المعرفي .</li> <li>• أسلوب التدريب على الصمود أمام الضغوط Self-inoculation Training</li> <li>• تنمية بعض المهارات التي تتضمن العمل المباشر Direct Action وإعادة بناء المعرفة.</li> </ul>
الأهداف العلاجية	<p><u>الأهداف العلاجية تتمثل في :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مساعدة الطالبة على تقبل فكرة إن عباراته الذاتية وتصوراتها واعتقاداته هي التي تحدد بدرجة كبيرة ردود أفعاله الانفعالية .</li> <li>• تغيير الحديث الذاتي السلبي الى حديث إيجابي .</li> <li>• تثقيف الطالبة بالنماذج من الأفكار الخاطئة أو الأخطاء الإدراكية المعرفية.</li> <li>• مساعدة الطالبة في تحقيق التوازن بين مهام المنزل وبين الواجبات المدرسية .</li> <li>• مساعدة الطالبة في تحسين مستواها التعليمي .</li> <li>• مساعدة الطالبة في تحسين علاقتها بوالدها .</li> <li>• مساعدة الطالبة على تكوين صداقات إيجابية</li> </ul>

--	--

<p>اختيار النموذج العلاجي</p> <p><u>نموذج العلاج المعرفي السلوكي</u></p>	
<p>الأساليب المناسبة مع الحالة</p>	<p>أسلوب إعادة البناء المعرفي:</p> <p>1- الخطوة الأولى: مساعدة العميل على تقبل فكرة إن عباراته الذاتية وتصوراته واعتقاداته هي التي تحدد بدرجة كبيرة ردود أفعاله الانفعالية (القلق الخوف الغضب التوتر ..... وغيرها) تجاه الأحداث والمواقف التي يمر بها.</p> <p>حيث تقوم الاخصائية الاجتماعية بشرح فكرة مهمه للطالبة وهي حيث يعتقد اغلب الناس إن الأحداث والمواقف التي تواجههم في حياتهم هي التي تحدد مشاعرهم نحوها، ولكن يجب إن يدركوا إنهم يستطيعون التحكم أو التعديل في اضطراباتهم الانفعالية التي تنبع من عباراتهم الذاتية واعتقاداتهم الخاطئة عن طريق تعديل هذه المعتقدات والأفكار والتصورات بطريقة أكثر واقعية.</p> <p>إن مساعدة العميل على تقبل هذا التوضيح يعتبر امراً ضرورياً، حيث لن يلتزم بأي أسلوب أو إي وسيلة يشك في جدواها أو يرفضها. ولتحقيق ذلك يجب على الأخصائي الاجتماعي إن يقدم للعميل المنطق من استخدام هذا الأسلوب بصورة سهلة واضحة تحقق الاستجابة الايجابية من العميل. وهنا يجب على الأخصائي إن يتعرف على ردود</p>

أفعال العميل وشرحه وتفسيره لأسباب استخدامه هذا الأسلوب ومناقشته فيه.

### أسلوب الحديث إلي الذات كمحدد أساسي للشخصية Managing Self-Talk

تعريف الحالة بماهية الحديث إلي الذات Self-Talk إلي ما نتحاور به مع أنفسنا من أفكار واتجاهات ووجهات نظر حول المواقف والإحداث التي تواجهنا. وان السبب الرئيسي لكل ما نفعله ونشعر به هو ما نقوله لأنفسنا عن الأحداث والمواقف التي نمر بها، وليس كما يعتقد بسبب هذه الأحداث وتلك المواقف. ويمكن صياغة هذه المنظومة على النحو التالي: (Zastrow, 1999)

موقف (حادثة) Event ← الحديث إلي الذات S-T ← الانفعالات Emotions ← الأفعال Actions

وفي هذا الإطار وضع ايمري 1981 الأساسيات الأولى للعلاج المعرفي بقوله (تتأثر ردود أفعالنا الانفعالية لأي موقف نعيش فيه بكيفية تفكيرنا وتقييمنا لهذا الموقف، فإذا فكر الإنسان انه أضاع شيئا ما فسوف يشعر بالحزن، وإذا فكر انه فسيشعر بالخوف، وإذا فكر في إن الناس يتعاملون معه بشكل سيء فسيشعر بالغضب وهكذا. ويشير ذلك إلي إن نوع وشكل الخطأ الفكري أو الإدراكي لدى الإنسان هو الذي يحدد طبيعة الخلل الانفعالي والاضطرابات السلوكية التي تصدر عنه).

ومن هذا المنطلق فان التدخل العلاجي للعلاج المعرفي يستهدف مباشرة تغيير الأفكار غير المنطقية، والانفعالات غير المناسبة، وأنماط السلوك اللاتوافقي لدى العملاء. ولكي تتم هذه التغييرات المرغوبة فان الأخصائيين الاجتماعي يستخدم العديد من أساليب التدخل المبني التي تساعد في تعليم العميل أنماط وعادات التفكير السليمة أو المنطقية، وعندما تتغير أفكار العميل غير المنطقية فان ذلك يؤدي إلي التغيير في أنماط السلوك المرتبطة بها.

### أسلوب إعادة بناء الجوانب الإدراكية / المعرفية Cognitive Restructuring:

وبالرغم من اهتمام مهنة الخدمة الاجتماعية بالدور الذي تلعبه بيئة العميل الاجتماعية والمؤثرات الخارجية من حوله، إلا أنها تضع في اعتبارها أيضا إن يكون العميل متأثرا في بعض الأحيان بتفسيرات الشخصية للواقع المحيط به أكثر من تأثره بواقع البيئة المحيطة. وتتم هذه العملية من خلال مساعدة الطالبة على إدراك أفكاره الهدامة أو

اللاعقلانية، وسوء فهمه الذي يضعف من أدائه الاجتماعي وان يحل محل ذلك معتقدات وأفكار واقعية تؤدي إلى أداء سلوك اجتماعي مرغوب فيه .

### خطوات أسلوب إعادة البناء المعرفي:

الخطوة الأولى: مساعدة العميل على تقبل فكرة إن عباراته الذاتية وتصورات واعتقاداته هي التي تحدد بدرجة كبيرة ردود أفعاله الانفعالية (القلق الخوف الغضب التوتر ..... وغيرها) تجاه الأحداث والمواقف التي يمر بها. حيث يعتقد اغلب الناس إن الأحداث والمواقف التي تواجههم في حياتهم هي التي تحدد مشاعرهم نحوها، ولكن يجب إن يدركوا إنهم يستطيعون التحكم أو التعديل في اضطراباتهم الانفعالية التي تنبع من عباراتهم الذاتية واعتقاداتهم الخاطئة عن طريق تعديل هذه المعتقدات والأفكار والتصورات بطريقة أكثر واقعية.

إن مساعدة العميل على تقبل هذا التوضيح يعتبر أمراً ضرورياً، حيث لن يلتزم بأي أسلوب أو أي وسيلة يشك في جدواها أو يرفضها. ولتحقيق ذلك يجب على الأخصائي الاجتماعي إن يقدم للعميل المنطق من استخدام هذا الأسلوب بصورة سهلة واضحة تحقق الاستجابة الايجابية من العميل. وهنا يجب على الأخصائي إن يتعرف على ردود أفعال العميل وشرحه وتفسيره لأسباب استخدامه هذا الأسلوب ومناقشته فيه، فقد يصير الأب على إن المعاملة القاسية للابن تصنع منه رجلاً مسئولاً، لذلك فإن تغيير أسلوب تعامله مع الابن واستخدامه لأسلوب التفاهم والمناقشة لن يحدث إلا بعد إن يقتنع العميل بفائدة الأسلوب الجديد ومن ثم يلتزم بتنفيذه.

الخطوة الثانية: مساعدة العميل على تحديد معتقداته الخاطئة وأنماط سلوكه التي تسبب مشكلاته. فبعد إن يقتنع العميل بان أفكاره ومعتقداته هي التي تسبب ردود أفعاله الانفعالية فإن المهمة الثانية للأخصائي هي مساعدة العميل علي اكتشاف وتحليل هذه الأفكار ومناقشة المعتقدات التي تتعلق بها، مثل رفض الابن للتعاور مع الأب والانصياع لأوامره نتيجة قسوة الأب، وإصراره على التمسك بهذه القسوة. ويرى ربي إن هذه الخطوة تتضمن الاكتشاف المفصل للمعارف التي ترتبط بمشكلات العملاء والتي يتولد عنها انفعالات مؤلمة والهدف من ذلك هو إلقاء الضوء على المعتقدات والمعارف اللاعقلانية التي تتحكم بدرجة كبيرة في انفعالات وسلوك العملاء. فعلى سبيل المثال قد يرجع بعض العملاء (بطريقة خاطئ) مشكلاتهم إلي بعض العوامل مثل القضاء والقدر، والوراثة وغير ذلك من القوى الأخرى التي تتحكم في تفكيرهم، ويسعى الأخصائي من وراء ذلك إلي الوصول مع العميل لفهم عام وشامل للمعتقدات والأفكار التي تحتاج إلي تغيير.

### تثقيف الطالبة بالنماذج من الأفكار الخاطئة أو الأخطاء الإدراكية المعرفية:

الكل أو لا شيء all good or bad

يميل بعض الأفراد إلي تصور أنفسهم والآخرين بطريقة متطرفة، إما بصورة سلبية كلية أو بصورة ايجابية كلية ( All good or bad ) فليس هناك وسط.

### التعميم المبالغ فيه overgeneralization

ويحدث ذلك عندما يمر الفرد بخبرة أو خبرات قليلة غير سارة ولكنه يعممها على جميع مواقف حياته. فقد يمر مثلاً بخبرة زواج سيئة تجعله ينظر إلى جميع النساء نظرة سلبية.

### عدم توظيف الإيجابيات Disqualifying the positive

وتحدث عندما يرى الشخص إن الخبرات والنتائج الايجابية في موقف أو حدث معين لن تستمر طويلاً لأنها حدثت بالصدفة وليس نتيجة منطقية للجهد الذي يبذله أو العمل الذي يقوم به.

### الترشيح العقلي mental filtering

ويحدث ذلك عندما يركز الشخص على إحدى السلبيات المرتبطة بموقف معين ويوجه إليها كل اهتماماته بدلاً من النظر إلى الجوانب الإيجابية الأخرى المرتبطة بنفس الموقف.

### التسرع في الوصول إلى الاستنتاجات jumping to conclusion

حيث يتسرع الشخص في الوصول إلى نتائج وأحكام معينة بدون الإلمام الكامل بكافة الجوانب المتعلقة بالموقف الذي يمر به.

### التهويل أو التهمين Magnification or Minimization

ويحدث ذلك عندما يرتكب الأشخاص أخطاء معينة ويبالغون في أهميتها أو يقللوا من فدائرتهم على التعامل أو التوافق مع أحداثها.

### التفكير الانفعالي Emotional reasoning

ويرجع إلى الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في التفكير والتحليل والتي قد تعتمد بشكل كبير على الانفعالات بدلاً من التفكير العلمي الواقعي، لذلك فإن الحالة المزاجية للفرد (فرح - ضيق) (سوف تشكل طريقة رد فعل الفرد واستجابته للموقف).

### الصاق الصفات الايجابية والسلبية Labeling and Mislabeling

حيث يلصق الشخص بالآخرين أو بالمواقف صفات معينة تجعلهم يحكمون عليهم أحكاماً خاطئة.



ويعني ذلك اتجاه الفرد نحو التفكير أو تحليل الأمور بشكل شخصي فإذا ما عرض احد الأفراد لوجهة نظر تختلف عن وجهة نظره فانه يرى في ذلك هجوما شخصيا عليه أو انتقادا له أو محاولة للنيل من ذاته وكيانه.

### التفكير التأمري Conspiracy Thinking

عندما يرجع الشخص أسباب حدوث الأحداث أو المواقف إلى قوى خارجية تخطط في الخفاء لتنظيم أعمالا معينة أو لتحقيق مصالح محددة تستهدفه وتحاول النيل منه أو هزيمته أو تعطيل مصالحه.

ويبدأ الأخصائي عملية الاكتشاف هذه من خلال التركيز على الأحداث والمواقف الإشكالية التي حدثت أثناء الأسبوع السابق أو الأحداث المحيطة بالمشكلة التي يستهدف العميل التخلص منها ومن الضروري هنا إن يركز الأخصائي على سلوك العميل المشكل ومعارفه المرتبطة به (حديثه إلى ذاته) وردود أفعاله الانفعالية. ويزيد تركيز الأخصائي الاجتماعي على هذه الجوانب الثلاثة من قدرته في مساعد العميل على إدراك العلاقة بين هذه الجوانب الثلاثة خاصة دور المعارف والإدراكات في تحديد المشاعر والسلوك. وعندما يتفهم العميل الارتباط والعلاقة بين عباراته الذاتية وسلوكه المشكل فسوف يصبح واعيا ومدركا بأن أفكاره ومعتقداته تعتبر مثيرات قوي لسلوكه وهذا ما يزيد من دافعيته للعمل من خلال مهام معينة تساعد على التحرر من هذه الأفكار اللاعقلانية عن طريق تعليمه أنماطا جديدة وفعالة من التفكير

وتتضمن هذه العملية القيام تحديد الأفكار والانفعالات التي ترتبط بالمواقف التي تواجه العميل (قبلها، وإثناءها، وبعدها). ولتحديد كل عبارة قالها العميل لنفسه أو تشغل تفكيره يطلب الأخصائي منه إن يحاول تذكر الموقف أو المواقف التي واجهته وان يستدعي أفكاره وانفعالاته المصاحبة لها وسلوكه الفعلي نحوها. إما إذا كانت خبرات العميل من الصعب تذكرها أو أنها مواقف محرجة يجد العميل غضاضة عند ذكرها، فمن المفيد إن نتبع أسلوب مستشنيوم وهو إن يطلب الأخصائي من العميل غلق عينيه والانطلاق بحرية للحديث عنها.

ويتبع قيام كل من الأخصائي والعميل تحديد العبارات الذاتية السابق الإشارة إليها قيام الأخصائي الاجتماعي بمساعدة العميل على تقييم وتقدير درجة عقلانية ومنطقية هذه العبارات حتى يكتسب العميل الخبرة في مناقشة أفكاره وعباراته الذاتية بصورة تؤهله باستخدام هذا الأسلوب خارج المقابلات أو عندما يواجه ظروفًا مشابهة وهنا نرى انه ربما لا يعترف بعض العملاء بعدم عقلانية معتقداتهم خاصة التي اعتنقوها وألفوها واستخدموها سنوات طويلة حيث أنها تتأثر بدرجة كبيرة بالعادات والتقاليد والأنساق الثقافية السائدة لذلك نرى إن بعض العملاء يتمسكون بهذه الأفكار بعناد وقوة ويحاولون إقناع الأخصائي معقوليتها وشرعيتها لذلك يجب على الأخصائي إن يناقش العميل ويفند هذه الأفكار باستخدام الحقائق العلمية ليوضح عدم منطقية هذه الأفكار والأخطاء المرتبطة بها (كيف ترى إن استخدام القسوة الزائدة مع الأبناء يجعلهم ناضجون وقادرون على تحمل المسؤولية؟)، ويركز الأخصائي هنا في مساعدة العميل على إدراك الخسائر والإضرار الناتجة عن عدم التخلي عن هذه الأفكار والمعتقدات وقد وضع والين Walen بعض الأسس العامة التي تتحدى العميل لتقدير معتقداته اللاعقلانية وعباراته الذاتية وهي:

(1) سؤال العميل عن كيفية وصوله إلى هذه النتائج والأحكام.

(2) تحدى العميل بأن يقدم دليلاً واحداً على صدق هذه المعتقدات.

(3) تحدى منطق هذه المعتقدات التي تبالغ في المخاوف الناتجة عن الأفعال التي يقوم بها.

وبعد إن يتم أثناء المقابلات تقدير مدى عقلانية العبارات الذاتية التي يقولها العميل لنفسه، فمن الممكن إن يساعده الأخصائي الاجتماعي على استخدام أسلوب المتابعة الذاتية Self-monitoring، والتي تقوم على تكليف العميل بتسجيل أفكاره المصاحبة للمواقف التي تواجهه وهذا الأسلوب يزيد من وعي العميل بتحديد الطبيعة المضللة لأفكاره اللاعقلانية ويسعى جاهداً للعمل من أجل مواجهتها، ولتسهيل عملية التحكم الذاتي يطلب من العميل الاحتفاظ بسجل يومي لتسجيل المعلومات كالتالي:

الأحداث (المواقف) المشاعر المصاحبة لها المعتقدات أو العبارات الذاتية التي تواجهه يومياً درجة حدتها (10 - 1) درجة عقلانيتها. (10 - 1)

وتعتبر هذه التسجيلات اليومية ذات قيمة كبيرة لأنها تركز على جهود العميل بين المقابلات وتوضع العلاقة بين معارفه ومشاعره، وتمد الأخصائي الاجتماعي بمعلومات قيمة عن مدى انتشار وقوة أفكار العميل اللاعقلانية، والتخيلات الضالة، والمشاعر المضطربة. ولتسهيل هذه المهمة على العميل من الممكن إن يطب منه الأخصائي الاكتفاء بتسجيل إي ثلاثة مواقف تقابله يومياً وفقاً للنموذج السابق.

الخطوة الثالثة: مساعدة العميل على تحديد المواقف التي تولد المعارف اللاعقلانية عندما يقوم كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل بالمراجعة الكاملة للسجلات السابق الإشارة إليها وتحديد المواقف المرتبطة بمواقف العميل ومشاعره الناتجة عنها، فمن الضروري تحديد المواقف المتكررة في تسجيلات العميل لأن التحديد الدقيق لاماكن حدوث هذه المواقف والأشخاص المرتبطين بها يساعد كلا من الأخصائي والعميل على وضع مهام واستراتيجيات مناسبة. فالعميل الذي يجد صعوبة في التحكم في غضبه ربما يكتشف إن هناك مواقف خاصة أو بعض الأشخاص تعتبر مثيراً مناسباً لحدوث هذا الغضب، وأيضاً ربما يعاني بعض العملاء من الاكتئاب بعد المناقشة مع زوجاتهم أو أطفالهم، وربما يشعر البعض الآخر بعدم الثقة في أنفسهم بعد تفاعلهم مع بعض الناس وتعرضهم لانتقادات حادة. وعموماً فإن إدراك العملاء لهذه المواقف غالباً ما يضعف من حساسيتهم لأفكارهم اللاعقلانية ومشاعرهم المضطربة.

الخطوة الرابعة: مساعدة العميل على إبدال عباراته الذاتية الهدامة بأخرى بناءة: عندما يقتنع العميل بطبيعة أفكاره اللاعقلانية ودورها في حدوث مشكلاته وانفعالاته السلبية فإنه يرحب بأي جهود تعلمه عبارات ذاتية جديدة تتسم بالواقعية والعقلانية ويمكن توظيفها في تخفيف ردود أفعاله الانفعالية وأنماط سلوكه غير السوية.

يقوم الأخصائي بشرح توضيح هذه الفكرة كالتالي: (الآن وبعد إن استطعت تحديد أفكارك ومعتقداتك اللاعقلانية فأنا نستطيع التركيز على كيفية نبذ هذه الأفكار والتغلب عليها عن طريق استبدالها بأفكار ومعتقدات

جديدة من خلال بعض الواجبات التي سوف تؤديها، وعندما تمارس هذه الأفكار الجديدة فانك سوف تجدها أكثر ألفة ومناسبة لك وسوف تحل محل أفكارك الذاتية الهدامة).

بعد قيام الأخصائي الاجتماعي بهذا التوضيح فمن الأفضل إن يشترك مع العميل في وضع نماذج لمجموعة من العبارات الذاتية الجديدة حتى لا تكون مفروضة على العميل. ويطلب الأخصائي من العميل اختيار احد المواقف التي تمر بها، وان يغلط عينيه ويتصور نفسه كما كان بالفعل في هذا الموقف وعندما يؤكد العميل انه نجح في تخيل وتصور هذا الموقف تماما يطلب منه الأخصائي الاجتماعي إن يفكر بصوت مسموع ويذكر الأفكار التي دارت في رأسه بالضبط وهو يتأمل في هذا الموقف، ثم يطلب منه إن يستبدل هذه الأفكار بأفكار جديدة عقلانية. وهنا يجب إن يمنح الأخصائي العميل تعزيزاً ايجابياً كلما اظهر عبارات ذاتية بناءة خلال الموقف. كما يجب إن يشجع الأخصائي العميل على التعبير عن شكوكه وعدم تأكده من قدرته على إتقان هذه الأنماط الجديدة من التفكير، ويوضح له إن اغلب الناس يعانون من الشكوك عند بداية تجريب أساليب جديدة للتفكير ويعمل على تشجيع العميل باستمرار حتى يكتسب الثقة بنفسه وفي قدرته على تكوين عبارات ذاتية جديدة.

الخطوة الخامسة: مساعدة العميل على مكافأة نفسه على جهوده الناجحة: تعتبر هذه الخطوة هامة جدا للعديد من العملاء وخاصة الذين تعودوا الفشل في تحقيق نتائج مرغوبة. وهذه الخطوة لا تهدف فقط إلي تدعيم جهة ود العملاء ولكن أيضا مساعدتهم على إدراك التقدم الذي حدثت نتيجة تعلمهم أنماط تفكير جديدة وهنا يعلم الأخصائي العميل كيفية مكافأة نفسه وأهمية ذلك بالنسبة له. ومن أمثلة العبارات التي يعلمها الأخصائي للعمل في هذا الخصوص بالرغم من إنني كنت غير متأكد من فعل ذلك إلا إنني قمت بتنفيذ هذه الفكرة هذه خطة عظيمة لقد قطعت شوطا كبيرا على الطريق فيضيف إنني بدأت بداية جيدة واشعر الآن بمشاعر طيبة ويعلق الأخصائي الاجتماعي انك تبدو سعيدا بما أنجزته واعتقد انك ستفكر في هذه النتائج وترى مدى استفادتك منها.

ويمكن أيضا إن يقوم العميل بتسجيل جوانب النجاح التي حققها في حياته اليومية في سجلات خاصة حيث إن تسجيل العبارات الذاتية سوف يمنح العميل القدرة على الشعور بالنجاح والفخر بقدرته في تحقيق التغييرات المطلوبة.

#### أسلوب التدريب على الصمود أمام الضغوط Self-inoculation Training

يستهدف هذا الأسلوب إكساب العميل القدرة على التعامل مع الضغوط التي تواجهه وبالتالي تزداد مقاومته لها. وتتم هذه العملية بصورة متدرجة من خلال تعليمه المهارات المتعلقة بذلك ثم تعريضه لمواقف ضغط ذات قوة كافية لاختبار مدى قوة دفاعاته في مقاومة هذه الضغوط.

ويتضمن هذا الأسلوب ثلاثة مراحل أساسية:

(1) المرحلة التعليمية Educational Phase:

تتضمن هذه المرحلة خطوتين رئيسيتين هما:

(1) توضيح المنطق من استخدام هذا الأسلوب لابد إن يقدم الأخصائي الاجتماعي للعمل الأسباب المنطقية لاستخدام هذا الأسلوب لان العميل لن يقتنع بهذا الأسلوب إلا إذا تفهمه وتقبل المنطق من استخدامه. وعندما يتأكد الأخصائي من ذلك ينتقل إلي الخطوة التالية إما إذا اظهر العميل بعض التساؤلات والشكوك حول استخدام هذا الأسلوب فعلى الأخصائي إن يستمر في الرد على هذه التساؤلات والتقليل من هذا الشكوك حتى يقتنع العميل به ويتقبل استخدامه.

(2) تقديم إطار تصوري للعميل: ويتضمن هذا الإطار مجموعة من المصطلحات التي تزيد من قدرة العميل على فهم ردود أفعاله تجاه الضغوط التي تواجهه. ويعتمد هذا الإطار على طبيعة الضغوط التي تواجه العميل فالإطار الذي يقدم للعميل الذي يعاني من مخاوف معينة يختلف عن الإطار الذي يقدم للعميل الذي يعاني من مشاعر الغضب أو القلق وغيرها.

ويتضمن هذا الإطار تقديم معلومات كافية للعميل عن طبيعة الضغوط التي يواجهها (القلق - الخوف - الغضب - اليأس ..... الخ) من خلال ثلاثة استجابات ثانوية هي الاستجابة المعرفية Cognitive والجسمية الانفعالية Somatic-affective والسلوكية Behavioral. ولا بد إن يفهم العميل معنى هذه الاستجابات ويعرف كيف يستخدمها كعنصر أساسي في حياته. فالعناصر المعرفية تعبر عن العبارات الذاتية التي إلي يقولها العميل لنفسه في مواجهة الضغوط التي يمر بها. وتتضمن هذه العبارات تقييم الموقف الذي قد يشمل انتقاد سلوك الآخرين عن طريق تقدير نواياهم الذاتية ودوافعهم، وأيضاً تقييم نواياهم الذاتية نحوهم وتوقعاتهم منهم كذلك مدى خطورة الموقف والنتائج المحتملة له. ولكي يستطيع الأخصائي مساعدة العميل على تقدير أهمية العبارات الذاتية احدهما يؤدي إلي زيادة المشاعر السلبية والآخر يؤدي إلي الاحتفاظ بالتحكم الذاتي في هذه المشاعر. وبمناقشة هذين المثالين مع العميل فمن المتوقع أن يدرك أهمية العبارات الذاتية في تشكيل انفعالاته السلبية.

قامت الأخصائية بعد ذلك بشرح الاستجابة الجسمية النفسية للعميل والتي تتضمن بعض المظاهر الفسيولوجية للمواقف التي يواجهها العميل ففي مواقف الغضب والغيره مثلاً من الضروري أن يوضح الأخصائي للعميل طبيعة هذه العناصر والتي قد تتمثل في عرق الكفين أو زيادة عدد ضربات القلب أو سرعة التنفس أو عض الشفاه أو اضطرابات المعدة وغير ذلك. إما المظاهر الانفعالية فتتضمن الإثارة والهييج ومشاعر الاستياء وغيرها.

إما العناصر السلوكية فتتضمن السلوك الانسحابي أو السلوك العدواني والتي قد تصاحبها بعض النتائج السلبية فمثلاً نجد أن الشخص الذي يتكرر انسحابه عندما يتهم عليه احد بالألفاظ فان ذلك سوف يؤدي إلي تراك مشاعر الكراهية والاستياء حتى تصل في النهاية إلي درجة الانفجار والغضب. وكذلك الأشخاص الذين تتسم استجاباتهم بالعدوانية لمواقف الاستفزاز عن طريق القيام بهجوم مضاد مثل السباب وتبادل الاتهامات وأحياناً الضرب.

وتفيد هذه المرحلة في مساعدة العميل على تحديد نمط انفعاله ودرجته وتحليل المواقف التي تستدعي

استجاباته الانفعالية. ويعني ذلك أن الأخصائي الاجتماعي يساعد العميل على تحديد المواقف التي تستدعي انفعالاته السلبية مع التركيز على العبارات الذاتية التي يقولها العميل لنفسه والمشاعر التي تصاحبها أثناء الضغوط التي تواجهه.

والنتيجة المحتملة لهذه المرحلة هي تدريب العميل على القيام بالمهام التالية:

(أ) متابعة عباراته Monitoring الذاتية عند المواقف التي تواجهه.

(ب) تحليل الأشكال المختلفة لمواقف الضغط التي تسبب ظهور المشاعر السلبية.

(ج) ترتيب المواقف التي تستدعي المشاعر السلبية وفقاً لشدة هذه المشاعر. (Hepworth, 1997, pp. 364-)

(368)

(2) المرحلة التدريبية Rehearsal Phase:

وتستهدف هذه المرحلة مساعدة العميل على تنمية بعض المهارات التي تتضمن العمل المباشر Direct Action وإعادة بناء المعرفة، ويشمل العمل المباشر الشكليين التاليين:

(1) الحصول على المعلومات أو المواقف التي تولد الخوف، القلق، الغضب، وغيرها.

وتتضمن هذه العملية تحليل طبيعة الضغوط التي تستدعي مشاعر الخوف أو القلق أو الغضب والتي تعلمها العميل في الخطوة السابقة حيث يقدم العميل تقريره الذي أعده في المنزل المرتبط بتحليل هذه المواقف، فيقوم الأخصائي بمناقشته معه من أجل العمل على توسيع إدراك العميل بمساعدته على اكتشاف تقديره غير الواقعي للمواقف التي ربما تقوده إلى استخدام أساليب دفاعية عدوانية أو انسحابية لا داعي لها.

(2) العمل المباشر باستخدام أسلوب الاسترخاء Relaxation Training، حيث يعلم الأخصائي العميل كيفية القيام بعملية الاسترخاء عن طريق التنفس العميق وإرخاء عضلاته وذلك لتخفيف مشاعر الخوف أو القلق أو الغضب الذي قد ينتابه.

إما فيما يتعلق بأسلوب إعادة البناء المعرفي المستخدم في هذه المرحلة فيتضمن (1) مساعدة العميل على إحلال عباراته ذاتية إيجابية بدلا من عباراته الذاتية السلبية التي تولد مشاعره السلبية. (2) مقاومة واقف الاستثارة بطريقة بناءة. هذا ويرى نوافكو Novaco أن أسلوب إعادة البناء المعرفي المتعلق بردود أفعال العميل السلبية يتضمن الآتي:

(أ) الاستعداد لموقف الإثارة كلما أمكن ذلك.

(ب) التأثيرات المتوقعة لهذه المواقف أساليب مواجهتها.

(ج) التعامل مع ظهور هذه المواقف.

(د) ردود الأفعال المصاحبة للنجاح أو الفشل في مواجهة هذه المواقف.

(3) المرحلة التطبيقية Application Phase:

يقوم العميل في هذه المرحلة بتطبيق المهارات التي اكتسبها للتعامل مع الضغوط المختلفة التي يواجهها، أو التي يتخيل وجودها، وذلك من خلال إعداد مواقف ضغط وهمية (تمثيلية) والتدريب على كيفية مواجهتها، ويشارك الأخصائي العميل في تنفيذ هذه الأدوار، فمثلاً قد يقوم الأخصائي بدور المدير المتعسف الذي يوجه كثير من الانتقادات للعميل ويتعمد تهديده، وهنا يقوم العميل بدور هذه الموظف الذي سيحاول مواجهة هذه الضغوط من خلال الاستعانة بأحد الأساليب التي قد تم عرضها. من قبل. وتزيد هذه العملية من ثقة العميل في نفسه عندما يكتشف انه يستطيع بالفعل التعامل مع مواقف الضغط التي كان يفشل في مواجهتها، هذا ويستغرق أسلوب التدريب على الصمود أمام الضغوط حوالي 5-6 جلسات أو قد يمتد أكثر من ذلك إذا اقتضى الأمر

- **مساعدة الطالبة في تحقيق التوازن بين مهام المنزل وبين الواجبات المدرسية .**

تسعى الاخصائي الاجتماعية الى مساعدة الطالبة في تفهم واجباتها وادوارها في المنزل والمدرسة من خلال توزيع الأدوار وتحديد طريقة تنظيمها عن طريق مساعدتها في استخدام لوحة تنظيم المهام .

- **مساعدة الطالبة في تحسين مستواها التعليمي .**

من خلال تحسين علاقتها بوالدتها وتفهم نوع العلاقة بينها وبين والدتها والأخوة وطريقة التعامل للنظر بالأمور ومساعدتها في تفهم واجباتها وادوارها في المنزل والمدرسة من خلال توزيع الأدوار وتحديد طريقة تنظيمها عن طريق مساعدتها في استخدام لوحة تنظيم المهام .

- **مساعدة الطالبة في تحسين علاقتها بوالدتها .**

من خلال تأديتها بواجباتها وادوارها في المنزل والمدرسة من خلال توزيع الأدوار وتحديد طريقة تنظيمها عن طريق مساعدتها في استخدام لوحة تنظيم المهام . من خلال تحسين علاقتها بوالدتها وتفهم نوع العلاقة بينها وبين والدتها والأخوة وطريقة التعامل للنظر بالأمور ومساعدتها

- مساعدة الطالبة على تكوين صداقات إيجابية

من خلال الاشتراك في المدرسة بالأنشطة الاجتماعية وتعزيز ذلك من خلال التنسيق مع المدرسات في تفهم مشكلة الطالبة أيضا من خلال مساعدتها من جانب والنها في كيفية معرفة الصداقات وآثارها الإيجابية على تسحين مستوى الطالبة .

## نموذج دراسة حالة (2)

### مرحلة التقدير

تاريخ تسجيل الطالبة : 2019/9/15م

☐ المعلومات الأولية:

☐ الاسم : أ . ر . العمر : 76 سنه الحالة الاجتماعية : متزوج

☐ الوضع الصحي : قصور حاد في عضلة القلب + قصور كلوي + ارتفاع في الضغط

☐ الرقم الطبي : ارقام التواصل :

☐ الوضع الصحي :

- حالة المريض الذي يكون في وضع DNR ؟

عدم الإنعاش هو طلب قانوني مكتوب بهدف عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي أو الدعم المتقدم للحياة القلبية في حالة توقف النبض أو انقباض القلب وذلك بناءً على رغبة المريض. قد يُقدم طلب عدم الإنعاش بواسطة المريض أو من له حق التوكيل العام، ويقوم الفريق الطبي المسئول عن المريض باحترام رغبته .

- وضع المريض صحيا غير جيد وفي تدهور وضع عام بالإضافة الى خصائص كبر السن وما يصاحبه من اعراض في الادراك العقلي والبدني والنفسي والمريض طريح الفراش لا يستطيع التركيز في الحوار لمدة طويلة ويرافقه زوجته وهي أقرب الاشخاص اليه بالإضافة الى أحد الابناء وهنا يتم الاقتراح التركيز عليهما في دعم الخطة العلاجية.

**مصادر الدراسة :**

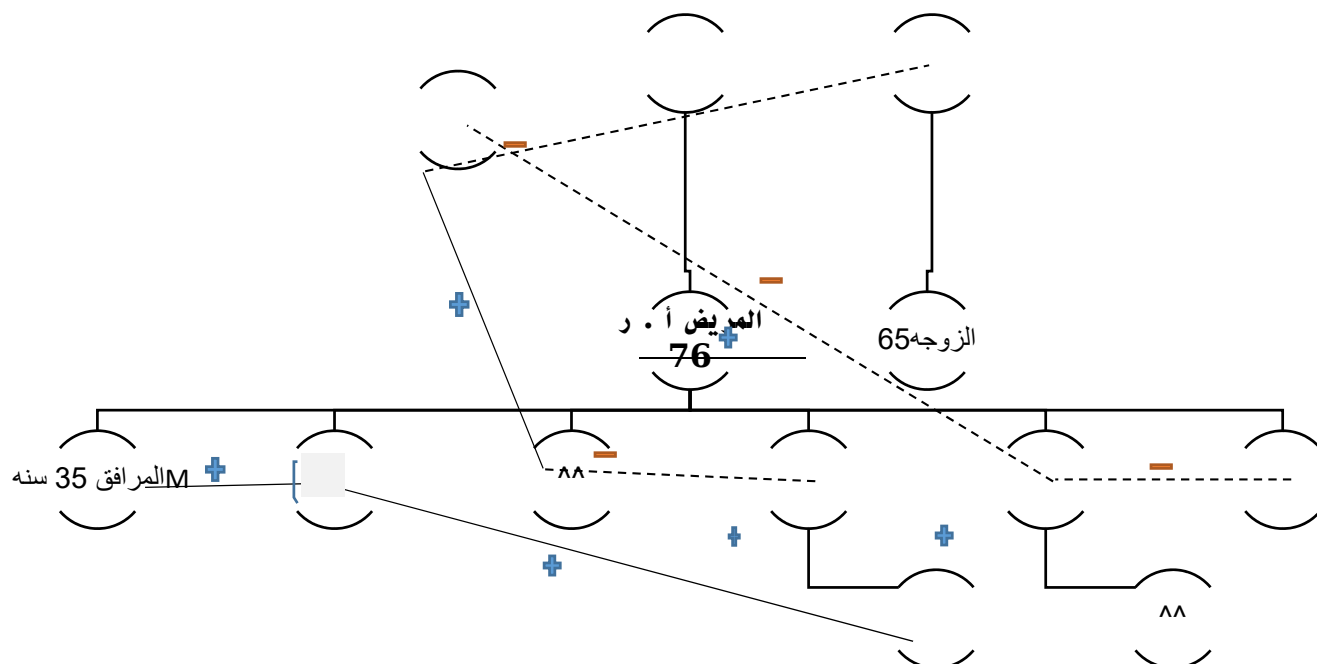


أشكل رقم ( 1 ) يوضح مصادر دراسة الحالة



❖❖ يعتمد التدخل المهني على الأسرة وخصوصا المرافقين ويتمثل هذا التدخل بالمساعدة والدعم والتمكين .

أشكل رقم ( 2 ) يوضح التكوين الاسري للمريض :



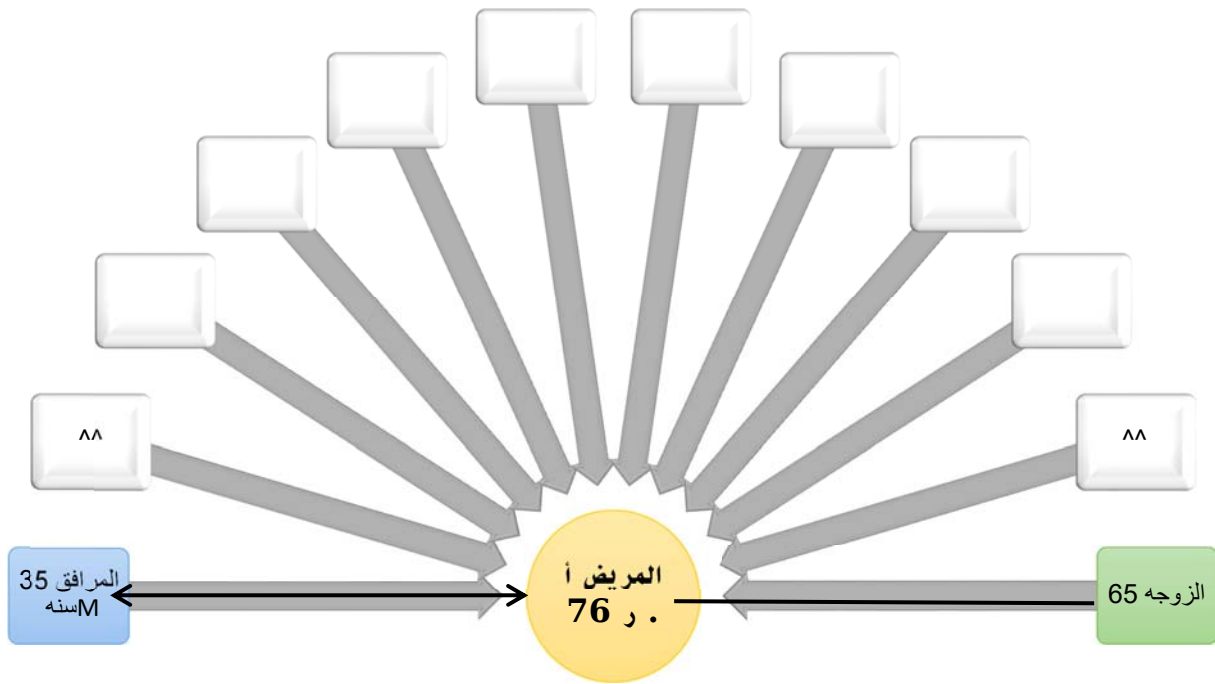
النسل	الاسم	العمر	التعليق	العمل	الحالة الاجتماعية	الحالة الصحية	ملاحظات
(1)	أ. ر	76	امي	مؤذن	متزوج	غير مستقرة	
(2)	خ. د	65	امي	ربة منزل	متزوج	ضعيفة	
(3)	ب. أ	50	الابن 1	يعمل	متزوج	جيد	
(4)	ف. أ	45	الابن 2	يعمل	متزوج	جيد	
(5)	ج. أ	43	الابن 3	يعمل	متزوج	جيد	
(6)	ح. أ	33	الابنه 4	يعمل	متزوج	جيد	
(7)	د. أ	31	الابن 5	يعمل	متزوج	جيد	
(8)	ف. أ	29	الابنه 6	يعمل	متزوج	جيد	
(9)	ص. أ	27	الابن 7	يعمل	متزوج	جيد	
(10)	ش. أ	26	الابن 8	تعمل	متزوج	جيد	
(11)	ث. أ	25	الابن 9	تعمل	غير متزوج	جيد	
(12)	ع. ر	55	الأخ 1	متسبب	متزوج	جيد	
(13)	ق. ر	50	الأخ 2	متسبب	متزوج	جيد	

اسرائيلية النذل المهني :

- دعم المرافق من الناحية النفسية الاجتماعية .
- دعم وتثقيف اسرة المريض للتكيف مع الوضع الصحي للمريض وقرار الأطباء .



شكل رقم ( 3 ) يوضح استراتيجية التدخل المهني



❖❖ يعتمد التدخل المهني على الأسرة وخصوصا المرافقين ويتمثل هذا التدخل بالمساعدة والدعم والتمكين .



### نموذج دراسة حالة (3)

## نموذج دراسة حالة ( مشكلات زوجيه اسرية )

### المحتويات

## اولا : التعريف الاساسي بالحالة

- البيانات الاوليه للحاله
- البيانات الاساسية عن العمل والتدخل المهني مع الحاله
- تطبيقات العلاقة المهنية مع الحاله ن م .....
  - اسس المقابلة مع الحالة
  - تهيئة مناخ نفسي مناسب للمقابلة .....
  - خطة المقابلة مع الحاله ن م :
  - اسس دراسة الحالة ن م

## ثانيا : القواعد التنظيميه للمقابلة :

- كيف تم تحديد ميعاد المقابلة .
- كيف تم تحديد مكان المقابلة .
- كيف تم تحديد زمن المقابلة .

## ثالثا : تحليل المشكلة :

- اسس تشخيص الحاله .
- تفسير المشكلة للحاله ن م .

## رابعا : العلاج الاجتماعي للحاله ن

- خامسا : ملحق للنماذج والنظريات .
- سادسا : المراجع العلمية .

## التعريف الاساسي بالحالة

- اسلوب المقابلة : ارشاد اجتماعي .
- البيانات الخاصة بالحالة :
- الاسم : ن م العمر : 37 سنة الرقم الطبي : 0000000005
- التشخيص الطبي : اضطراب عصبي متعدد .
- التصنيف الاجتماعي : حالة من الانفعالات النفسية الاجتماعية مع الحزن والشديد والاكتئاب والخوف والقلق المصاحبه للمرض ومواقف الاحداث الحياتيه .
- الفئة العمريه للحالة :
- ☐ طفل ☐ فتاة ☐ شاب ☐ رجل بالغ ☐ كبير بالسن
- التصنيف النوعي للحالة : ☐ ذاتيه ☐ بيئيه
- تاريخ تسجيل الحالة ودراستها : 1433 / 12 / 18 هـ
- الرقم : ( 003 )

والتدخل المهني : معلومات عن المقابلة مع الحالة:

يقوم الاخصائي الاجتماعي بدراسة الحالة وفق الترتيب التالي :

جدول تنظيم المقابلات :

اليوم	التاريخ	رقم المقابلة	وقت المقابلة	المكان
-------	---------	--------------	--------------	--------

اولية -	<input type="checkbox"/>	مكتب الاخصائي	<input type="checkbox"/> م	<input type="checkbox"/> ص	1	14 هـ / /
جمع معل	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....		
تشخيصي	<input type="checkbox"/>	مكتب الاخصائي	<input type="checkbox"/> م	<input type="checkbox"/> ص	2	
علاجيه	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....		
توجيه اس	<input type="checkbox"/>	مكتب الاخصائي	<input type="checkbox"/> م	<input type="checkbox"/> ص	3	
متابعه	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....		
ارشاد اج	<input type="checkbox"/>	مكتب الاخصائي	<input type="checkbox"/> م	<input type="checkbox"/> ص	4	
توجيه اس	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....		
علاجيه	<input type="checkbox"/>					ملاحظه
علاجيه	<input type="checkbox"/>					
متابعه و	<input type="checkbox"/>					
انهاء الخ	<input type="checkbox"/>					
أخرى :	<input type="checkbox"/>					

### مدة المقابلات :

النوع	الوقت
اولية - فرديه	25 ق
جمع معلومات ومتابعه فرديه	ساعه واحده
تشخيصية فرديه	ساعه واحده
علاجيه تشخيصيه فرديه	ساعه واحده
توجيه اسري مشتركه	25 ق
متابعه	ساعه واحده
ارشاد اجتماعي	ساعه واحده
توجيه اسري مشتركه	ساعه واحده
متابعه وتقييم	25 ق
انهاء الخدمه	25 ق

## تطبيقات العلاقة المهنية مع الحالة ن

ان حالة العلاقة المهنية بين الاخصائي الاجتماعي والحالة ن ح كانت اسلوب ممارسه تنمو تدريجيا وبدأت العلاقة المهنية بمرحلة شبه اختياري واستطلاع من قبل الحالة ن م وظهرت فيها مقاومه لبدء العلاقة والتي ظهرت في سلوك وقائي ودفاعي من خلال التردد والاسئلة المتكرره وفي هذه المرحلة زادت المشاعر وتفاعله اكثر من الافكار للتعبير عن الاحاسيس كنوع من الاستكشاف والتحليل والعلاج وتم التجاوب معها والتفاعل مع اتجاهاتها وذلك بهدف انشاء مناخ نفسي مناسب .

اما مرحلة وسط العلاقة المهنية فهي حالة من الاستقرار فلم يعد الحالة ن م تخشى الاخصائي الاجتماعي او فاقده الثقة فيه واختفت مشاعر الخوف والقلق ونمت الثقة اكثر في العقلاء وثقة المريضه في الاخصائي الاجتماعي وفي تعاطفه وتقديم المساعدة وتقدير ذلك .

وفي نهاية العلاقة مهد الاخصائي الاجتماعي لاقبال الحالة وادركت الحالة ن م من بداية العلاقة المهنية ان الارتباط وقتي وكانت هذه المرحلة فيها تناقض وجداني وحيره للانفصال وهنا قد تكون مرحلة الانفصال علاجيه لمواقف الانفصال التي عاشتها المريضه في حياتها وكانت فاشله وهنا خطط الاخصائي الاجتماعي في مرحلة انهاء العلاقة المهنية تباعد مواعيد الجلسات والمقابلات للتخفيف من الارتباط الوجداني والتعاطف والتي تميزت به العلاقة المهنية في البدايه وزيادة ربط المريضه بالواقع اكثر وزيادة الثقة والاستقلاليه .

الجدير بالذكر ان استراتيجيه العلاقة المهنية كانت علاجيه باسلوب غير مباشر حيث ان اغلب مشكلات المريضه ليست هي السبب فيها كالمرض ووفاة ابنتها حيث ان العلاقة المهنية مناخ مناسب تتم فيه الدراسة والتشخيص والعلاج وليس هدفا علاجيه بحد ذاتها .

وتصنف العلاقة المهنية التي قام بها الاخصائي الاجتماعي في مستوى علاقته مهنيه تدعيميه اكثر من انها تأثيره ضاغطه او تقويميه تصحيحيه لانها علاقته يسود فيها قدر من الثقة والاحترام الكافي لتكوين مناخ مناسب لاستكمال عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج على احسن وجه ممكن حتى تمت تنفيذ الخطة العلاجيه .

كانت العلاقة المهنية بقيادة الاخصائي الاجتماعي واستمد قوتها من المستشفى ومكانته وخبرته وتكامل شخصيته حيث كانت الحالة ن م تثق ثقاه عاليه في الاخصائي المعالج وفي قدرته وكفاءته وهو ما اكدت ذلك في بناء وتكوين العلاقة المهنية حينما وضع دوره وسيرته المهنية .



## تكوين العلاقة المهنية :

تكونت العلاقة المهنية بتطبيق الاساليب المهنية والمبادئ وهي كالتالي :

قام الاخصائي الاجتماعي عند المقابلة الاولى بتقبل المريضه " الحاله ن م " وذلك بقيامه بتكوين اتجاه عاطفي عام نحو المريضه يتسم هذا الموقف المهني بالحب والتسامح والرغبة في المساعدة قبولاً كما هي لا كما يجب ان تكون مع عدم قبول سلوك المريضه في المواقف التي ذكرتها وتصرفاتها في حياتها الزوجيه والاسريه والخاصه وكان الهدف تخليص المريضه من مشاعرها السلبيه كالخجل والخوف وتجنب ما يترتب عليها من اساليب دفاعيه وايضا تخفيف حدة التوترات الشديده كالقلق والاحساس بالنقص .

فعندما لجأت المريضه لطلب المساعدة واجهت وحملت كثير من الخجل والتردد والخوف والقلق وقد كانت هذه المشاعر واضحه وادركها الاخصائي الاجتماعي في البكاء والتردد واضطراب الصوت واحيان في حدته والجلوس الغير مستقر على طرف الكرسي .

فالمريضه شعرت بالخجل والحساسيه الزائده لمجرد طلب المساعدة وعندما قامت بسرد مواقف معينه تمس حياتها الشخصيه وشعرت المريضه بالغضب عندما شعرت بالعجز عن حل مشكلتها بنفسها والخوف من مواجهة الاخصائي الاجتماعي حينما توقعت انه سوف يقوم بلومها وادانتها كما لامها الاخرين . وشعرت بالقلق من الموقف الاشكالي لوفاة ابنتها وطبيعة المرض وايضا التشكك من قدرة الاخصائي الاجتماعي للمساعدة وهذه المشكلات قدر حتمي نتيجه وراثه او بيئه .

ايضا بدوره الاخصائي الاجتماعي كان صادقا في تطبيق التقبل فهو صادق في مساعدتها وتقبلها من نفس صافيه دون ادنى تظاهر او اصطناع حيث ان الاخصائي مقتنع جدا بان مشاكل وسلوكيات وجزء كبير من شخصية المريضه قد تساهم في معرفة وتشخيص الموقف الاشكالي وانه في موقف مهني وعمل له اهداف وقيم وليس تقديم المساعدة لكي يحبوه العملاء او يشكروه او يحقق لنفسه شيئا .

ايضا تكونت العلاقة المهنية بقيام الاخصائي الاجتماعي بتطبيق مفهوم التوجيه الذاتي وحق تقرير المصير بحيث وضح الاخصائي كافة جوانب الموقف الاشكالي للمريضه بسلبياته وايجابياته وتأكد من ادراكها التام للحقائق كاملا ووضح كافة الامكانيات والفرص المتاحة امامه لمواجهة الموقف مواجهه ايجابيه ومساعدته على التحرر داخليا من الضغوط النفسيه وازالة التوترات التي قد تعوقه من الادراك والحكم السليم على الامور كما تم مساعدته عند الضروره بتقديم عدد من المقترحات موضحا فائدة كل منها او مخاطرها تاركا للمريضه فرصة الاختيار .

كيف تم تطبيق مفهوم علاقه المهنيه : التعبير الهادف عن المشاعر  
قام الاخصائي الاجتماعي في مقابلته مع الحاله ن م بالادراك التام بان مشكلة الحاله ترتبط ارتباط وثيق بين  
مشكلته الصحيه والنفسيه وبين مشاعرها حيث احتلت مشاعر الحاله ن م اهمية خاصة واساسيه في عملية  
المساعده .

## اسس المقابلة مع الحاله ن

اعتمدت المقابلة مع الحاله ن على اسس فنيه واساليب خاصه اهمها :

- أ - تهيئه مناخ نفسي مناسب .
- ب- الملاحظه وليس المراقبه .
- ج - الاستماع وليس الجمود .
- د - الاستفهام وليس الاستجواب .
- و - التعليقات وليس التثره .

### أ - تهيئه مناخ نفسي مناسب .

عند مقابلة الحاله ن م سمح الاخصائي بجو من الراحة التي تشعر فيه بالثقه وحرية التعبير مع تزويد الحاله  
بمعلومات تخص ممارسة الخدمة الاجتماعية ودور الاخصائي الاجتماعي لزيادة مستوى الثقه وبث روح  
الامل والطمأنينه دون ادنى احساس بتجاهل اي مشاعر او افكار او وجود رهبه او ضيق ولقد مارست في  
المقابلة مع الحاله الوان من الاستجابات والمهارات مثل :

- صنع الانطباع الاولي وذلك خلال البشاشه والتلقائيه المشبعه بالبساطه والثقه والصدق .

اعقب ذلك مارست مع الحاله الهدف الاخر بعد صنع الانطباع الاولي وهو اتجاهات سلوكيه نفسيه لتحطيم  
الحيل الدفاعيه واساليب المقاومه المختلفه ومواجهة المشاعر السلبيه كالخوف والقلق والتردد والحيره والانكار  
والغضب والالم والشعور بالنقص وطلب التعاطف الغير عقلاني وهذه الممارسه كانت للتطمين وبث روح  
الامل وان مشكلته لها حل وقبول مساعدته ولا يعتبر مساعدتي لها كسلطه كريبه الى النفس وان ارادته  
حاضره بتقريره لنفسه فيما يحب ان يكون وايضا باعطائه بالايحاء بان لديه اراده تحرره من الشعور بالنقص

## تقرير الملاحظة المهنية للعميل :

لا	نعم	تحددت مناطق الملاحظة للحالة اثناء المقابلة في الجوانب التالية :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لاحظت على المظهر الخارجي للمريض . ( هندامه وملبسه و عنايته بنفسه ، المظاهر الصحية و الأعراض الواضحة ) بأنه ليس هناك علاقه مباشره بين طبيعة المرض والمواقف الاشكاليه التي يعاني منه المريض وبين مظهره الخارجي .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- هل هناك ملاحظه على الجوانب النفسية . ( الانفعالات الواضحة ، الانفعالات المقنعة خلف الأساليب القادمة ، النمط المزاجي العام ، مواقف الحيرة و التردد ، السمة العامة للشخصية )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل اظهرت الحالة بعض الانفعالات المصاحبه كالحزن والتوتر واطلاق المشاعر السلبيه والبكاء .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل هناك ملاحظه على طبيعة جلسة المريض اثناء المقابلة او تجنب النظر للاخصائي على اي انفعالات مقنعه .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تظهر حاله أنماط مزاجيه عامه كالاكتئاب والانطواء والحيره والتردد وهل اظهرت حاله بعض فلتات اللسان .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تظهر <u>السمة العامة للشخصية</u> عدم الاتزان الانفعالي والاضطراب وهل شخصية حاله يتضح عليها الاضطراب النفسي منه الى التوازن النفسي .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- الجوانب العقلية والمعرفية . ( القدرة الإدراكية العامة للعميل ، الجوانب الإدراكية لموضوع معين ، قدرة العميل على التفكير المنطقي ، التسلسل المنطقي في الحديث ، قدرته على الوقوف على مشكلته )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- الجوانب السلوكية والاجتماعية : ( أسلوب العميل في الحديث ، مظاهر التهويل والمبالغة ، مدى صدق العميل وأمانته ، الاتكالية أو الصفاء ) .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تظهر حاله انفعالات مقنعه خلف اساليب المقاومة كالانكار والغضب او افتعال المرح او اسقاط لكراميه شخص ما سواء الزوج او احد افراد الاسره .

- الجوانب السلوكية والاجتماعية : ( أسلوب العميل في الحديث ، مظاهر التهويل والمبالغة ، مدى صدق العميل وأمانته ، الاتكالية أو الصفاء ) .

اسلوب الحديث للحاله ن م في عرض مشكلتها كانت طبيعة الالفاظ حزينه تفتقد الترابط ومرتبطة بقيم الموت وعدم الدافعيه .

ويلاحظ ايضا في حديث الحاله ن م مظاهر التهويل والمبالغه والاستكانه وقد تكون تمارسه لاستدرار العطف وطلب صرف الادويه النفسيه .

ويلاحظ على الحاله ن م تمتعها بصافت الصدق والامانه والقيم الاخلاقيه العامه كما بدت من سلوك المريضه وحديثها ومظهرها خلال المقابلة .

ايضا يلاحظ على الحاله ن م الاتكاليه والحساسيه وهذا قد يرجع الى طبيعة المشكله الجسديه وآثارها .

### - شخصية الحاله بشكل عام :

- من الناحية الجسمية : ( ضعيفه ) حيث تعاني من الصعوبه في المشي باتزان كنتشخيص طبي واثر للمرض التي تعاني منه .

- من الناحية الإدراكية : غير مدرك لواقع مشكلته .

- من الناحية الانفعالية : متذبذب في الاتزان الانفعالي وخصوصا في الاحتكام بالمواقف العامه .

- من الناحية الاجتماعية : لديها توتر في علاقاتها باخوتها في الاسره لديها علاقات اجتماعية مع زملائها .

### ج . الانصات الواعي مع الحاله ن م :

كان اسلوب المقابله عباره عن حوار تفاعلي وتجربه تبادليه فكانت الحاله تتحدث والاختصاصي يستمع فقط والعكس صحيح فكانت تاره تستمع الحاله ن م والاختصاصي الاجتماعي يتحدث .

فكانت الحاله ن م تتحدث عن مشاكلها وهمومها وتحكي قصتها بصوت مسموع والاختصاصي الاجتماعي يستجيب ولكن باسلوب مهني منصت وواعي وتكون الاستجابة بالتأييد والتعاطف والتشجيع والتعبير بالايحاء والتعليق القصير وإعادة مقاطع كثيره من حديث الحاله ن م .

فكان الاستماع للحاله بحد ذاته علاجي حيث تم ملاحظة سلوك الحاله ن م وتفكيرها وطرق انفعالاتها وتعبيره واتاح الاستماع للحاله ن م فرصه للتعبير الحر عن المشاعر السلبيه والايجابيه سواء كان غضبا او حزنا . وساعد الاستماع والانصات الى تفهم طبيعة المشكله وفي توجيهه المقابلة .

ايضا اتاح الاستماع في اول المقابلات الى الكشف عن جوانب كثيره للمشكلة سواء كانت الصحيه التي تعاني منها الحاله او آثارها النفسيه الاجتماعيه او المواقف الاخرى الاسريه والزوجيه وبهذا تحقق تأكيد لفرديه المريضه وبالتالي تأكيد لذاتها واحترام لحقها في التعبير عن نفسها بحريه تامه .

ايضا حقق الانصات والاستماع هدف علاجي حيث ان الحاله تعاني من اضطرابات شخصيه انفعاليه وكانت تحبس مشاعرها وافكارها وقت طويل وكانت المقابله مع الاخصائي الاجتماعي بمثابة اللقاء التفرغي لكل الشحنات السلبيه والايجابيه شعوريه منها وغير شعوريه .

#### **د - مقابله الحاله ن م - الاستفهام :**

في مجمل مقابلات الحاله والتعامل معها تم مراعاة طرح الاسئله مراعاة شديده للحاله النفسيه للمريضه وكانت جميع مقابلات الحاله ن م تتسم بطابع اعتدالي في الاسئله وطرحها وكانت بدايات الاسئله تتركز على الوضع الصحي ثم معرفه آثارها على المريضه ثم الانتقال الى معرفه الحاله الاجتماعيه الاسريه والمستوى الشخصي ثم انتقلت الاسئله الى معرفه نمط الشخصيه وتقييم الجانب الوجداني العاطفي والسلوكي .

ايضا تجنب الاخصائي الاجتماعي الايقاف المفاجيء للحاله ن م اثناء عرض مشاكلها وهمومها وكان الايقاف بغرض توجيه المقابله نحو مناطق الدراسة وباسلوب اعتراضي حيث لا يتعارض مع انطلاقه الحاله في حديثها عن مشكلاتها .

ايضا طبق الاخصائي الاجتماعي اسئله التعاطف كسؤال الحاله عن الوضع الصحي في كل مقابله وهذا يهدف الاستفهام الى اشعار المريضه بالاهتمام

ايضا احتوت المقابلات على اسئله ذات اهداف علاجي في ذاتها حيث تم اثاره الدافعيه في الموافقه للعلاج وتقوية الاراده ايضا تم طرح اسئله تهدف الى تقليل الضغوط النفسيه وطرح اسئله مستقبليه تفاؤليه تأكيديه .

ومن المناسب هنا ذكر انه قد تم مراعاة التوقيت المناسب عند اللقاء الاسئله فلم تكون الاسئله مباغته لتفكير المريضه بحيث تقطع افكارها وكانت تراعي الاسئله النمط الافقي او الراسي لمناطق الدراسة لتوجيه المقابله وعدم الانتقال من منطقه دراسيه الى اخرى الا بطرق تهيئه ومن خلال الاعداده والانتقال بشكل تدريجي .

حيث لم يتم اللقاء سوال على الحاله ن م وعن معاشيتها لمرض ابنتها ووفاتها والانتقال الى الوضع الاقتصادي مثلا او نوع العمل .

ايضا راعت الاسئله التي طرحها الاخصائي الاجتماعي ان تكون بسيطه وسهله وان لا تكون مركبه حتى لا يتشتت المريض ويرتبك وتراعي ادراك المريض وثقافته وايضا تم مراعاة ان تكون الاسئله مفتوحه قدر الامكان وذلك للتعبير الحر والانطلاق دون حدود في حريه تامه .

وكانت بعض مناطق الدراسة كالوضع الاسري والاقتصادي تحتاج الى اسئلة محددة .

ايضا الاخصائي الاجتماعي تجنب اسئلة الادانه والمتويه او الساخره او الايحائيه حتى لا تثير الشك عند المريضه وتقصد الثقة الواجب توافرها لنمو العلاقه المهنيه . كذلك تم مراعاة طريقة لقاء الاسئلة حتى تحدد معناها وغرضها بحيث لا تحمل معاني السخرية او الاندهاش او الغضب .

والاخصائي الاجتماعي يمثل في المستشفى سلطه للمساعد وبالتالي المريضه كحاله تكون حساسه لاسئلة الاخصائي الاجتماعي نظرا للضغوط النفسية الاجتماعية الواقعه عليها كانسان يعيش المشكله ويلتقي باخصائي يمثل سلطه مساعد يملك الحق في اعطائها او منعها .

بشكل عام كانت جميع المقابلات تحمل صفة طرح الاسئلة المفتوحه والغير مباشره .

فالحاله ن م حينما تقدمت للاخصائي الاجتماعي كانت تطلب خدمات اجتماعية وهي بطاقة اعاقه وهي حريصه على عدم افشاء اسرارها وحياتها الخاصة فتم السؤال عما تريده من خدمات اجتماعية تفيد في الدخول في معرفة المرض الجسدي ثم الانتقال الى المعاناة النفسيه والمشكلات الخاصة المرتبطه بالمشكله الصحيه ولقد استخدم الاخصائي الاجتماعي الاسئلة المباشره والمحدده في مواطن كثيره لضرورتها كمعرفة نمط الشخصية والوضع الاقتصادي والعلاقة الزوجيه .

تقدمت الحاله ن م ببعض الاسئلة للاخصائي الاجتماعي انحصرت في اسئلة خاصه بالمستشفى والخدمات الاجتماعيه ونوع المساعد وميعادها كذلك مكان المقابلات ومواعيدها واسئلة عن رأي الاخصائي نفسه في الحاله او في مشكلتها واسئلة خاصه تتعلق بمواعيد الاخصائي الاجتماعي خارج اوقات العمل الرسمي وكيفية الاتصال به .

ومن وجهة نظري الشخصية ان في الاسئلة الخاصة اجد ان المريضه تحررت من مجال مشكلتها النفسيه وبدايه لنمو العلاقه المهنيه ولا حرج في ذلك حيث انها تعبر عن لون من ألوان الثقة والاطمئنان .

لم لاحظ ان الحاله وجهت اسئلة شخصيه يعني الرد عليها شيئا مهما في حياتها وان لم يفصح عنها .

## و - المقابلة مع الحاله ن م التعليقات :

علق الاخصائي الاجتماعي على الحاله ن م في مواضيع كثيره ابرزها حالة الحزن على معايشة مرض ووفاة ابنتها وذلك بتقدير الظروف الصعبه التي مرت بها والمسؤوليات الكبيره التي امامها لتجاوز هذه المشكلات .

وكانت طرق التعليقات بالدهشه والوقف التام والصمت وما الى ذلك مما يشجع الحاله للتجاوب الوجداني والعقلي ويوجه المقابلة وكانت التعليقات بالنسبه لي كمتخصص اجتماعي عامل مهم في وضع وتطبيق المبادئ والاسس المهنيه موضع التنفيذ ولم تكن التعليقات فيها اي نوع من التمادي او فيها تكرار من غير مناسبه او جعلها سبب لاخت زمام المقابلة والافاضه في الحديث بدون داع فتعليقات الاختصاصي وسط بين الجمود والثرثره .

## نموذج خطة المقابلة

رقم المقابلة : ( )

(.....)

## أهداف المقابلة :

رقم الحالة : ..... اسم الحالة : ..... العمر : ..... الجنس : ( ) ذكر ( ) انثى الحالة الاجتماعية : ( )

المستوى التعليمي : ..... التشخيص الطبي : ..... التشخيص النفسي :

.....

الهدف الرئيسي : استكمال جمع المعلومات والوصول الى التشخيص النهائي

الهدف التفصيلي :

- معرفة شخصية الحاله .
- معرفة مدى وجود اعراض الشكل Bereavement كردة فعل نفسي تجاه وفاة
- وماذا يصاحبها من اعراض اثناء الفدق كنوبه اكتئاب كجزء للاستجابته للفقدان - مشاعر حزن وهل تعتبر الحالة هذا المزاج المكتئب امر طبيعي رغم انها تطلب او تلتمس العون المهني من الاختصاصي الاجتماعي لا زالة الاعراض المصاحبه
- وهل تشعر الحالة في حالة وجود الشكل واعراض الاكتئاب بالاعراض التالية كالاحاساس بالذنب تجاه اشياء اخرى
- هل تشعر الحالة بالافكار عن الموت .
- هل تشعر بالانشغال الدائم بانعدام القيمة .
- هل تشعر ببطء نفسي حركي ملحوظ .
- هل تشعر بخبرات هلوسه .

## أهداف المقابلة :

رقم المقابلة : 4

تاريخ للحالة رقم : 005

الهدف الرئيسي : استكمال جمع المعلومات والوصول الى التشخيص النهائي

الاهداف التفصيليه :

- معرفة شخصية الحالة .
- معرفة مدى وجود اعراض النكل Bereavement كردة فعل نفسي تجاه وفاة ابنة الحالة ( ن ) وماذا يصاحبها من اعراض اثناء الفقد كنوبه اكتئاب كجزء للاستجابة للفقدان - مشاعر حزن وهل تعتبر الحالة ( ن ) هذا المزاج المكتئب امر طبيعي رغم انها تطلب او تلتمس العون المهني من الاخصائي الاجتماعي لا زالة الاعراض المصاحبه
- وهل تشعر الحالة ( ن ) في حالة وجود النكل واعراض الاكتئاب بالاعراض التالية كالحساس بالذنب تجاه اشياء اخرى غير تلك الافعال التي اتخذتها او لم تتخذها الحالة ( ن ) الذي عاشت إبان وفاة فقدها - الابنه .
- هل تشعر الحالة ( ن ) بالافكار عن الموت .
- هل تشعر بالانشغال الدائم بانعدام القيمة .
- هل تشعر ببطء نفسي حركي ملحوظ .
- هل تشعر بخبرات هلوسه .

## اسس المقابلة مع الحالة ن

توجيه المقابلة :

كانت المقابلة الاولى فيها مساحه كبيره من حرية التعبير ومنحه حرية التعبير المطلق كيفما يشاء وبعد ذلك تم توجيه المقابلة لتحقيق اهداف معينه لجمع المعلومات فالأخصائي الاجتماعي يدرك انه يتبع مستشفى لها نظامها ويدرك مسؤولية ممارسة المهنة نحو هذه المريضه التي تتشد المساعدة ومالمقابلته الى وسيله لتحقيق هذه المساعدة في حدود المستشفى .



فتم مراعاة البدء مع حاله من بؤرة اهتمامها وهو المرض وتم مراعاة ملاحظة اساليب المقاومة والسلوك الدفاعي ومواجهتها مواجهه فعاله ومراعاة توجيه المناقشه توجيه عموديا وليس افقيا وعدم تجميدها عند منطقة معينه لفترة طويله مع مراعاة المرونه با يتناسب كل موقف اشكالي واجهت المريضه ومراعاة تطبيق الاساس المهنيه للعلاقه وقدرة الحاله على التحرك وعدم السير به قدا الى الخطوات التاليه قبل التأكد من قدرته على استيعاب التحرك الجديد مع مراعاة الالتزام بهدف المستشفى وامكانياته.

### نموذج القواعد التنظيمية للمقابلة مع الحاله .....

العناصر الاساسيه	نعم	لا
- (أ) تحديد ميعاد المقابلة :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- مر تحديد الموعد للمقابلة صعوبات كثيره حيث الانشغالات والارتباط بالسفر والاسره في بادئ الامر حتى استقر الى مواعيد ثابتة في العلاج حيث يتطلب ذلك .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- تم تهيئة الحاله لكل ما يدور في المقابلة من مناقشات .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- تم تحديد مواعيد المقابلات بالاتفاق الا في حالات الضروره يتم استثناء ذلك وحدث ان الحاله طلبت المقابلة بغرض تخفيف التوتر وطبيعة المشكله فرضت ان تكون هناك حالات استثنائيه .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (ب) مكان المقابلة :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- كانت جميع المقابلات في مكتب الاختصاصي الاجتماعي وكان المكان يستم بالسريه والهدوء وحق الحاله في وجود اشخاص يحضرون معها الجلسات والمقابلات ايضا لم يكن المكان فيه آلات حاده تؤذي او رسومات تثير في نفس المريضه انفعالات مكبوتة او لا شعوريه .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- وكان يحضر الجلسة للتدريب احد طالبات التدريب للتسجيل بموافقة مشفوعه من المريضه بعد شرح ذلك شرح تام للمريضه وطبيعة ممارستنا للخدمة والتدريب ومساعدة الناس .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (ج) الاعداد للمقابلة :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- يتمثل الاعداد لكل المقابلات تحديد موعد المقابلة ومكانها وكان الاختصاصي الاجتماعي حريص على التخطيط المسبق للمقابلة واهدافها حيث يتم الاطلاع على ملف اعده خصيصا للحاله كالملف الطبي يحتوي على سجل الحاله وجميع الفحوصات والتقارير الطبي ونماذج تطبيقية ايضا يتم تحديد المقابلة ونوعها واهدافها في كل مقابلة .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ايضا الاخصائي الاجتماعي حريص على ان يكون في وضع نفسي مناسب او اي ضغط نفسي او صحي او شخصي او اجتماعي .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- (د) زمن المقابلة :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- كانت جميع المقابلات وخاصتا جمع المعلومات لا تتجاوز النصف ساعه واحب اضيف ان عامل خبره له دور في ذلك وفي اختصار الوقت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- وفي المقابلات التشخيصية العلاجيه تكون في حدود الساعه والتي فيها الشرح والتثقيف والتدريب .

## اسس دراسة الحالة ن م

اعتمدت المقابلة مع الحاله ن على مصادر الدارسة التالية :

- المريضه نفسها ذاتيه .
- الزوج .
- مصادر بيئيه : المستشفى من خلال التقرير الطبي - الطبيب .
- الخبراء - طبيب عام وطبيب نفسي عصبي متخصص .
- الوثائق والمستندات : كان الاطلاع على الملف الطبي هو نوع من انواع الوثائق التي تم الاعتماد عليها .

كما اعتمدت وانحصرت الوسيله التي قام بها الاخصائي الاجتماعي للتعرف على حقائق المشكله على المقابلة كمصدر لدراسة الحاله ن م .

## اسس تشخيص الحالة ن م

## تفسير مشكلة الحالة ( ن )

سوف يتم الرجوع للمواضيع التالية لتفسير وتشخيص وتحليل مشاكل الحالة ( ن ) :

### المرجع رقم ( 1 )

- الفصل السادس الاسره والمرض
- اثر الاسره على المريض .
- اثر المريض على الاسره .
- نظرية الانساق الاسريه .
- نظرية الضغوط الاسريه .
- الموت
- الاتجاهات نحو الموت .
- ابعاد الموت
- مراحل الموت .
- ابعاد الموت . ( العبيدي 1423 هـ الفصل السادس والتاسع )

### المرجع رقم ( 2 )

- معايير اضطرابات القلق العام .
- انماط الشخصيه .
- الثكل Bea
- المشكلات العلائقيه .
- التمارض .
- عدم الامتثال للعلاج
- مراحل النمو العمرية وخصائصها ( السماك امينه وآخرون 2010م )

اعتمد التشخيص مع حاله ن على تعريف المشكلة التي تواجهها بالخصائص التالية :

- ان المشكلة فردية وهي موقف يواجهه الحاله ن م تعجز فيه قدراتها على مواجهته المريضه نفسها ذاتيه .
- الزوج .
- مصادر بيئيه : المستشفى من خلال التقرير الطبي - الطبيب .
- الخبراء - طبيب عام وطبيب نفسي عصبي متخصص .
- الوثائق والمستندات : كان الاطلاع على الملف الطبي هو نوع من انواع الوثائق التي تم الاعتماد عليها .

كما اعتمدت وانحصرت الوسيله التي قام بها الاخصائي الاجتماعي للتعرف على حقائق المشكلة على المقابلة كمصدر لدراسة الحاله ن م .

ايضا اعتمد التشخيص على الفكرة التالية :

ماهو الوضع المفروض تعيش فيه الحاله وماهو الواقع الحالي الذي تعيش فيه والفرق هو المشكلة وحجمها .  
 الوضع المفروض ان الحاله ن م تعيش وضع اقتصادي واجتماعي وصحي وزوجي مستقر والوضع الحالي تعاني الحاله ن م من وضع صحي متدهور الى حد ما في اصابتها بالمرض وآثاره كذلك يوجد بعض المشكلات الاسريه ونقص الشخصية وعدم العمل ووجود الفراغ والرغبة في الانجاب ووفاة عدد (2) من الابناء كل هذه العوامل ادت الى الوضع الحالي والمعاناة التي تعيشها الحاله ن م فقد للشهيه والعصبيه وتوتر علاقته الزوجيه وتغير الشخصية

## ثانيا : تحليل المشكله :

تم تقييم وتحليل المشكلة للحاله ن م على قسمين منهج تشخيصي ثم منهج علاجي لغرض العلاج .

النظريات والنماذج التي ساعدت للوصول الى تقييم الحاله ن م :

تم الاعتماد على تشخيص الحاله على اكثر من نظريه ونموذج لتحقيق اعلى معدلات الفائدة والدقه والكفاءه بطريقه الانتقائيه والتعديديه.

### النظريات ولنماذج المستخدمة :

1. التحليل النفسي .
2. سيكولوجية الذات .
3. الاتجاه النفسي الاجتماعي .
4. نظريات الشخصية .
5. نظرية العلاج الاسري .
6. نظرية الاحتياجات " ماسلو "
7. نظرية الضغوط Stress وضغوط الحياة

### 1-التحليل النفسي Psychoanalysis

منهج في علم النفس قوامه استكشاف مجال اللاوعي للبحث عن الأسباب الكامنة فيه والتي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات العصبية لدى الفرد، ابتدعه العالم النمساوي سيجموند فرويد (1856 . 1939م) ، وكان يرى أن هناك ثلاثة مستويات رئيسية للعقل أو للشخصية هي الـ *the id* ، والـ *the ego* ، والـ *the super ego* ، تتفاعل هذه المستويات الثلاثة فيما بينها بشكل وثيق تكون محصلة السلوك الإنساني. وذهب فرويد أيضاً إلى أن الإنسان يمر أثناء نموه بخمس مراحل نفسية، الأولى هي فترة الولادة وما بعدها بسنة واحدة يكون فيها المصدر الرئيسي للإشباع وللحصول على اللذة هو الرضاعة ويطلق عليها تسمية المرحلة الفمية . *the aral phase* المرحلة الثانية: وتمتد من السنة الثانية حتى السنة الثالثة

من العمر وتكون فيها منطقة الشرج المصدر الرئيسي للحصول على اللذة ويطلق عليها اسم المرحلة الشرجية the anal phase. المرحلة الثالثة: وتمتد من السنة الثالثة حتى السنة الخامسة من العمر وتصبح فيها الأعضاء التناسلية هي المصدر الرئيسي للحصول على اللذة ويطلق عليها اسم المرحلة القضيبية the phallic phase وفي هذه المرحلة يمر الأولاد بعقدة أوديب [را: عقدة أودية]. وتمر الفتيات بعقدة الكترا [را: عقدة الكترا]. المرحلة الرابعة: وهي التي اصطلح فرويد على تسميتها بمرحلة الكمون the latency phase حيث يكبت الأطفال ميولهم الجنسية نحو الوالدين ويحولونها إلى موضوعات غير جنسية. المرحلة الخامسة: وهي المرحلة التي تتجه فيها مشاعر الفرد نحو الجنس الآخر وهي تشمل مرحلة المراهقة ويطلق عليها فرويد تعبير المرحلة التناسلية the genital phase ، ويقضي التدرج الطبيعي أن يمر الفرد بهذه الأدوار الخمسة.

## **. نظرية ماسلو "هرمية الاحتياجات" Maslow's Hierarchy of Needs:**

طور إبراهيم ماسلو Abraham Maslow نظريته في التسلسل الهرمي للاحتياجات الإنسانية في أواسط القرن العشرين بين 1954م و1971م، حيث افترض أن الأفعال والإنجازات للأفراد تتحقق عن طريق إشباع مجموعة من الاحتياجات المختلفة. وبغض النظر عن كون الفرد طفلاً أو ناضجاً فإن تلك الاحتياجات تتواجد لدى الجميع.

ولعل أفضل الاستخدامات لهذه النظرية يكون مع الأطفال والأسر الذين يواجهون تحديات أو صعوبات تعوق تفهمهم واستقرارهم، إذ تقدم إستراتيجية تشرح من خلالها الأساس الفسيولوجي لإشباع الاحتياجات وما يتحقق عليه من إشباع لاحتياجات أخرى تحقق في النهاية التكيف والرضا النفسي والاجتماعي ( Internet, 6: 2007).

ولقد حدد ماسلو هرم الاحتياجات الإنسانية وفق خمسة مستويات، كالآتي (الصافي "أ"، 1998: 53):

1. الحاجات الفسيولوجية: وهي الحاجات البيولوجية الأساسية المهمة للبقاء، كالهواء والماء والطعام والنوم... إلخ. وفي حالة عدم إشباع تلك الحاجات فإن الفرد يشعر بالمرض والألم والاضطراب وغيرها من مشاعر عدم الراحة. والمشاعر الناتجة عن عدم الإشباع تدفع بالفرد للسعي إلى إشباعها حتى يتسنى له الانتقال إلى إشباع المستوى الثاني من الاحتياجات.
2. الحاجة إلى الأمن: وهي الحاجة للحماية ضد الخطر، والشعور بالأمن داخل الأسرة والمنزل. وفي حالة وجود الطفل داخل أسرة غير آمنة، كوجود العنف مثلاً قد يؤدي إلى عدم القدرة على الانتقال إلى المستوى التالي من الاحتياجات، مما يتسبب في شعوره بعدم الاستقرار والاضطراب.

3. الحاجة إلى الحب والانتماء: لدى الفرد رغبة طبيعية للشعور بالانتماء للجماعة، سواء كانت الأسرة أو العمل أو جماعة الأصدقاء أو الأقارب...إلخ. وكذلك لدى الفرد رغبة في أن يشعر بأنه محبوب ومقبول من قبل الآخرين.
4. الحاجة إلى التقدير: هناك نوعان من التقدير، الأول: هو تقدير الذات الذي يتحقق من خلال مجموعة من الوسائل والأساليب التربوية والاجتماعية. والثاني: هو الاحترام والاهتمام الذي يحصل عليه الفرد من قبل الآخرين، الذي يرتبط بشكل كبير بالنوع الأول وهو تقدير الذات.
5. الحاجة للإنجاز: وتعني أن الفرد يستطيع القيام بما يرغب القيام به، بحيث تتولد لديه الدافعية للإنجاز، فمن خلال إشباع المستويات السابقة للحاجات الإنسانية تزداد قدرة الفرد على إيجاد الفرص المختلفة لتحقيق ما يرغب في تحقيقه.
- وأفاد ماسلو أنه في كل مرحلة من تلك المراحل، لا بد أن يتم إشباع الحاجات فيها قبل الانتقال إلى المرحلة التي تليها، كما أنه لم يحدد فئة عمرية لكل مرحلة ولذلك يمكن القول: إن تحقيق الذات يمكن أن يحدث خلال جميع مراحل العمر. وإذا طبقنا هرم الحاجات على تقسيمات العمر المتعارف عليها، نجد أن الأطفال في مرحلة الرضاعة يعتمدون على الحاجات الفسيولوجية، وفي مرحلة لاحقة من النمو ينتقلون إلى مرحلة الشعور بالحاجة إلى السلامة والأمن، ثم مرحلة الانتماء والحب، إلى أن يصلوا إلى مرحلة تحقيق الذات وهي في نظر ماسلو تتمثل في مرحلة وسط العمر لما تتسم به من سعة في المعرفة والخبرة وتحقيق الطموحات والأحلام. وقد تعترض الإنسان خلال هذه المراحل بعض الأزمات، كالمرض أو البطالة أو الفقر مما يؤدي إلى التراجع إلى مرحلة سابقة.

## ثانيا : نظرية الضغوط Stress ضغوط الحياة

نحن وضغوط الحياة :

اتسمت حضارتنا البشرية عبر عصورها بسمة التطور خدمة للإنسان في المجالات كافة سواء ما يتعلق منها

بصحته العامة والنفسية، أو ما له صلة بالجوانب المادية الفنية منها والتقنية بهدف توفير قدر من الرضا والاتزان والامن النفسي، وعلى الرغم من الشواهد التي أكدت ذلك ألا أن الجدل مازال قائماً في حقل الضغوط بأنواعها:

الحياتية، النفسية، الانفعالية، الاقتصادية، العاطفية، الدراسية، المهنية... الخ والتي تفرزها الحضارة في سياق تطورها المستمر والدؤوب غير المنقطع.

ففي الوقت الذي يجثو فيه شبح الآفات والكوارث والامراض المعدية الفتاكة مثل الطاعون والسل الرئوي وغيرهما على صدور الناس في القرون الماضية وما يسببه من قلق وضغوط نفسية في حينها، بات الامر عاديا او مجرد تأريخ في سجل الاحداث لكل الامراض والآفات في عصرنا الحديث-الحالي- لتحل محلها امراض اخرى ولدتها الحضارة نفسها مثل الايدز وانفلونزا الطيور وبعض الامراض النفسجسمية Psychosomatic مثل ارتفاع ضغط الدم وامراض القلب والمعدة وارتفاع الكوليسترول ومرض السكري وغيرها الكثير لتشكل جميعها ضغوطا من نوع جديد على سحنة هذا العالم الذي يتسع في السكان وفي الطموحات في عصرنا الحالي والتي تعد اشد خطورة وأكثر فتكا من تلك الامراض السابقة لانها تقتل ببطء ومن دون انذار سابق.

وإذا كان التطور التكنولوجي وفر للانسان سرعة في الاتصال وسهولة في التنقل ويسر له عملية الحصول على معظم احتياجاته، فإنه عرضه بالوقت نفسه لاحتمالات الفناء بأسلحة التدمير الشامل والحروب وكوارث الحضارة المتمثلة في العنف والتكيد بالآخر والتعصب الاعمى للمعتقد ايا كان نوعه او صحته، الامر الذي زاد فيه الاحساس بالقلق وتكونت ضغوط لم تكن معروفة زمن السيف والخيول والحروب التقليدية .

وهذا يؤيد استنتاج مفاده، ان عصرنا الحالي باتجاهاته المادية وصراعاته المستمرة يدفع الانسان ليعيش تحت وطأة الضغوط النفسية، حيث التعب والارهاق والعمل فوق القدرة على الاحتمال احيانا والتوتر واتساع الطموح، والتبدل السريع للقيم والتقاليد والاعراف السائدة مما ينعكس سلبا على الصحة النفسية بعد ان يواجه الناس مواقف كثيرة ومتنوعة ذات طبيعة ضاغطة في العمل والدراسة والزواج والتنقل من مجتمع الى آخر وضرورة التكيف مع قيمه وتقاليد وانماط الحياة الغربية عن المجتمع الاصلي والعلاقات العامة فيه... الخ. الا ان هذا الرأي او الاتجاه لا يبعث على التشاؤم تماما اذ ان الصحة النفسية واضطراباتهما على وجه الخصوص لا تتأتى عادة من تأثير المتغيرات الخارجية آنفة الذكر وحدها، بل هي نتيجة للتفاعل بينها من جهة وبين المتغيرات الداخلية (خصائص الانسان وتكوينه النفسي وامكاناته النفسية المتاحة فعلا للعمل بدون كوابح



داخلية) من جهة أخرى. وهي أمور سعى علم النفس في وقتنا الراهن للتعامل معها على المستويين الخارجي باتجاه المساهمة في تغيير الظروف المحيطة بما يتلائم وقدرات الانسان كلما كان ذلك ممكناً، والداخلي باتجاه زيادة مستوى التحمل للانسان ومساعدته على التكيف وتبصيره بإمكاناته وتسهيل عمليات تعلمه وارشاده لتحقيق آماله وطموحاته الحاضرة والمستقبلية، مما يلقي عبئاً ملموساً على البحوث والدراسات النفسية في هذا الاطار وهذا المجال الحيوي الذي يواكب الانسان كلما تقدم في التطور والتحضر العلمي.

ان الضغوط Stress الخارجية منها والداخلية، اكتسبت اهميتها من طبيعة كونها حالة نفسية مستمرة يصعب تحاشيها لأنها تحدث تفاعلاً عند الكائن الحي استجابة لحاجته للتكيف، لا سيما ان الحياة تستلزم تكيفاً ثابتاً يدفع الكائن للاحساس بالضغط بمستويات عالية احياناً او قليلة احياناً أخرى. وهذه الضغوط خاصة بمستوياتها العالية تؤثر مباشرة في صحة الفرد وتضعف من كفاءة وظائف اجهزته المختلفة، كما ان استمرار تعرضه لها مع فشل التعامل معها قد يسبب نوعاً من الاعياء والاجهاد العصبي ثم التعب الشديد الذي يؤدي الى الموت في بعض الاحيان. علماً اننا جميعاً نواجه ضغوطاً نفسية او ما يسمى بضغوط الحياة اليومية المختلفة والاعتيادية ونسائرها دون ان ندرك تأثيرها فينا في اغلب الاحيان اذ ان هناك الكثير من المصاعب وخيبات الامل في مختلف جوانب الحياة، الا ان القليل هم الذين يواجهون ظروف قاسية بسبب شدة الضغوط ويعون جيداً عدم قدرتهم على تحمل وطأتها.

كما انها تؤدي الى الاصابة بالامراض النفسية مثل القلق والشعور بالذنب والخوف والعذوانية والانطواء وفقدان الثقة بالنفس وغيرها وكذلك تقضي الى الاصابة ببعض الامراض العضوية مثل التوتر العضلي والتقرحات المعوية والتغيرات الكيميائية والحيوية في الدم.. الخ، وتبعاً لهذا اكد العديد من الاختصاصيين وخبراء الصحة النفسية والعقلية ان حجر الزاوية في جميع الاضطرابات النفسية هي الضغوط التي يقع الانسان تحت وطأتها في العمل والدراسة والجوانب العاطفية والانفعالية وتغيير السكن ومحل الإقامة وما الى ذلك من ضغوط. وعلى اية حال فان الضغوط من المواضيع التي كثر الحديث عنها في السنوات الاخيرة لما لها من تأثير مختلف في حياة الانسان ومستويات ادائه واستقراره النفسي لا سيما ان الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها المرء وحسب شدتها تدخل في ما يسمى (بالاحداث الضاغطة) التي تدفعه الى استجابات يكون البعض منها بعيداً عن السواء، هذا بات واضحاً في العقدين الاخيرين حتى ان هنالك هيئات متخصصة ومجالات علمية محددة وجدت لتناول موضوع الضغوط وتأثيره المختلف.

ماهي الضغوط النفسية :

## التعريفات :

يعرف الباحثون وعلماء النفس الضغط النفسي بعدة تعريفات ، وكل تعريف ينطلق من اساس محدد وواضح، فبعض التعريفات تنطلق من المثير المسبب للآثار، والبعض الآخر ينطلق من الاستجابة الصادرة ازاء المثير، والبعض الآخر من التعريفات يجمع بين الاثنين معاً، المثير والاستجابة، فضلاً عن متغيرات أخرى وسيطة ربما لا تكون واضحة المعالم.

ورد في معجم علم النفس والتحليل النفسي ان الضغوط النفسية: تعني وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته او على جزء منه بدرجة توجد لديه احساسا بالتوتر او تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد حدة هذه الضغوط فأن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه الى نمط جديد.

يعرف لازاروس Lazarus

الضغط بأنه مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد فضلاً عن الاستجابات المترتبة عليها، وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر واساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف.

ان الضغط النفسي كما يقول (وولف Walf)

حالة نفسية مستمرة عند الكائن الحي توحى له بعدم امكانية تحاشيها، لأن الضغط حالة ديناميكية تحدث عند الكائن الحي لحالة ضغط اعلى من الحد العادي او اقل منه.

ويعرف وولتر جملش Gamelch

الضغط بأنه التوقع الذي يوجد لدى الفرد حيال عدم القدرة على الاستجابة المناسبة لما قد يتعرض له من امور او عوارض ربما تكون نتائج استجابات لها غير موفقة او غير متناسبة.

اما كوكس ومكاي Mackay&Cox

فيعرف الضغط النفسي بأنه ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات، وعندما يحدث اختلال او عدم توازنه في الآليات الدفاعية المهمة لدى الفرد وعدم التحكم فيها اي الاستسلام للامر الواقع يحدث ضغطاً وتظهر الاستجابات الخاصة به وتدل محاولات الفرد لمواجهة الضغط في كلتا الحالتين النفسية والفسيولوجية المتضمنة حيل سيكولوجية ووجدانية على حضور الضغط.

ويرى كاندلر Candler

ان الضغط النفسي حالة من التوتر العاطفي من احداث الحياة المرضية.

## ويعرف الامارة الضغوط Stress

تلك الصعوبات والاحداث التي يتعرض لها الانسان بحكم الخبرة والتي تتجم عن ادراكه لتهديداتها وتشكل عبئا عليه وتسبب له توترا.

الضغوط ... مدخل علمي :

الضغوط مفهوم يشير الى درجة استجابة الفرد للاحداث او المتغيرات المحيطة في حياته اليومية مؤلمة كانت ام سارة التي تحدث بعض التغيرات الفسيولوجية في الوظيفة البنائية لجسمه، علما ان تأثيرات الضغوط هذه والاستجابة لها تختلف من شخص الى آخر تبعا لخصائصه النفسية. والضغوط مفهوم شاع استعماله في مفردات علم النفس وبعض العلوم الاخرى تبعا للمناحي والاتجاهات الفكرية للعلماء والمختصين. ان مصطلح الضغوط الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية حينما كان يشير الى (الاجهاد Strain والضغط Press، والعبء Load) وهذا المفهوم كغيره من المفاهيم التي استعارها علم النفس من العلوم الاخرى خاصة في نهاية القرن الماضي وبداية القرن الحالي عندما انفصل علم النفس عن الفلسفة واثبت استقلاليته كعلم من العلوم المهمة في عصرنا الحالي. نورد بعضها على سبيل الايضاح:

( يرى سيلبي Selye )

وهو اول من وضع هذا المفهوم حيز التطبيق في العام 1956 في دراساته في كندا. ويعتقد (سيلبي) ان المريض يمر بثلاث مراحل لزملة اعراض التكيف العام  
General Adaptation Syndrome ( GAS).

المرحلة الاولى :

رد الفعل للاخطار: وفي هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الادرينالية بتعبئة اجهزة الدفاع في الجسم. وبهذه الطريقة يزيد انتاج الطاقة الى اقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط، واذا استمر التوتر انتقل الجسم الى المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية :

المقاومة: حين يقاوم الكائن الحي ضغوطا ما فأن جسمه يكون في حالة تيقظ تام. ولهذا ثمنه الباهت ، حيث يقل اداء الاجهزة المسؤولة عن النمو واصلاح الانسجة والوقاية من العدوى تحت هذه الظروف وبالتالي فالجسم يكون في حالة اعياء وضعف معرضا لضغوط اخرى ومنها المرض. واذا استمرت الضغوط الاولى او

اظهرت ضغوط اخرى ،انتقل الكائن الى مرحلة الثالثة.

### المرحلة الثالثة :

الاعياء : لا يتمكن الجسم من الاستمرار في المقاومة الى ما لانهاية وتظهر عليه علامات الاعياء تدريجيا.وبعد ان يقل انتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي،يتولى الامر الجهاز العصبي جار السمبثاوي(الباراسمبثاوي) فتبطئ أنشطة الجسم وربما تتوقف معا،واذا استمرت الضغوط ،فسيصبح من الصعوبة بمكان على الفرد المنهك ان يتكيف مع الضغوط،وهنا يؤدي استمرار التوتر الى مشاكل نفسية منها الاكتئاب والسلوك الذهاني و/او المرض الجسدي وربما الموت.

ان فكرة زملة اعراض التكيف العام GAS هي فكرة (هانزسيلي)على الصحة . وفيها الخير وفيها الشر ،فمن ناحية تزود الانسان بالطاقة اللازمة للمقاومة والتحمل والمطاوله والنجاة،فإذا كان المطلوب هو العمل ،فالجسم يكون على استعداد للاداء والشعور بالتحسن كلما زادت درجة افراز الادرينالين. اما اشكال المعاناة الحديثة في حضارتنا المعاصرة مثل زحمة الشوارع والانتقال بين العمل والبيت وطول ساعات العمل والبقاء خارج البيت بعيداً عن الاطفال او اشتغال الامهات لساعات طويلة لمساعدة الزوج وتحسين الوضع الاقتصادي او الصراعات الاجتماعية الناجمة عن التحول من مجتمع محافظ الى مجتمع تكنولوجي به من المتطلبات تستدعي المزيد من الجهد والسهر او المنافسة الشديدة بين افراد المجتمع لغرض تحقيق الطموح او صراعات العمل او التجارة ،كل ذلك يتطلب المزيد من التفكير ولمدة طويلة اطول مما يتحمله العقل والطاقة ولهذا السبب يؤمن بعض العلماء بان ردود افعالنا البدنية والهرمونية وقدراتنا المتاحة تجاه الضغوط اصبحت غير ذات فائدة ولا تفي بالغرض المطلوب ، فالمشكلة التي نواجهها اكبر مما هو متاح لدينا. وادل مثال على ذلك ان كمية السكر التي يحتاجها الدماغ للتشغيل في عملية التفكير هي اقل مما هو موجود فعلا فيكون السكر الذي يفرزه الكبد والبنكرياس ليزودنا بالطاقة لا يفي بالمطلوب ، وعندها يؤدي الى امراض الشرايين، واذا ما حصل العكس في الافراز الزائد لمادة الادرينالين او لمادة النورادرينالين او السكر حيث تتلف الاعضاء وتؤدي الى آلام الرأس(الصداع) وامراض الانف وضغط الدم المرتفع والسكري والقرحة بانواعها.

وامراض اخرى. وهذه الاضطرابات جميعها تسمى الامراض النفسجسمية وهي نتيجة لردود الافعال على التوتر والشد النفسي والعصبي.

ومن الاسباب التي تؤدي الى الضغوط النفسية في حياتنا المعاصرة هي :

- وفاة الزوجة/ الزوج
- الطلاق
- وفاة قريب للأسرة
- إصابة شخص عزيز بمرض لا شفاء منه
- الفصل من العمل
- التقاعد
- الحمل وصعوبات غير متوقعة منه
- صعوبات التقبل الجنسي
- وفاة صديق عزيز
- تغيير في البلد والسكن (الهجرة الاضطرارية)
- اعادة النظر في بعض العادات الشخصية
- تغييرات دراسية
- مخالفات قانونية ،ربما نتائجها سيئة
- مشاكل عاطفية تصل الى مراحل درامية تترك اثرا سلبيا في النفس
- مشاجرات مستمرة بين الزوجين (عدم التوافق الزواجي)
- البطالة المستمرة وقلة فرص العمل

#### طبيعة الضغوط ...

- اختلف العلماء بتحديد طبيعة الضغوط وماهيتها فأنهم اختلفوا ايضا بتحديد انواعها فقسمها (سيلي) على وفق نتائج حدوثها الى:

#### · الاحداث المفردة: Overstress

- تلك التي تنتج عنها بعض المعاناة والالام والاسى،اي التي تمثل في مجملها خبرات واحداث مؤلمة.
- الانفعالات السارة :

- التي تؤدي الى الشعور بالمتعة والفرح والنشوة
- اما احمد عكاشة فقسمها تبعا الى شدة حدوثها وكما يلي:
- الحادة ..

- اي ذات الشدة العالية مثل الصدمات الجنسية في الطفولة او فقدان احد الوالدين وكذا فقدان العمل او المال بشكل مفاجئ.

- طويلة الامد ..

- عندما تتجمع الشدة وتتراكم على مدى الايام مثل فشل الشخصية الطموحة في تحقيق رغباتها بسبب القصور في القدرة على تحقيق ذلك.

- الذاتية ..

- وهنا تكون الشدة مؤثرة في فرد معين نظرا لحاجاته الخاصة مثل النزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد والآخرين.

مصادر الضغوط الحياتية

- من اهم مصادر الضغوط تتمثل في المشكلات الذاتية الداخلية للفرد نفسه (ضغوط داخلية المنشأ) وبعض الضغوط الخارجية ومن اهمها:

- المشكلات النفسية (الانفعالية)

- كالثورة والغضب والاكتئاب الذي يعصف بالانسان وكذلك الفتور والاثارة وسرعة التهور ازاء مواقف الحياة المتعددة.

- المشكلات الاقتصادية

- وهو ان الافراد الذين يعانون الضغوط النفسية هم الافراد الذين يعيشون مستوى اقتصادي - اجتماعي منخفض، ويعيشون في منطقة مزدحمة بالسكان او متقاربة البيوت، وان هؤلاء يعيشون اضطرابات اسرية ويعانون من ارتفاع معدل الاصابة بالامراض النفسجسمية.

1. المشكلات العائلية (الاسرية)

ان حدوث الضغوط الاجتماعية والمشكلات الاسرية تنتج من اسباب متعددة داخل الاسرة مثل المرض وغياب احد الوالدين عن الاسرة والطلاق، وكلها مصادر للضغوط النفسية تتسبب في ظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى الافراد.

2. الضغوط الاجتماعية

والمتمثلة في سوء العلاقة بالآخرين وصعوبة تكوين صداقات.

3. المشكلات الصحية

المرتبطة بالصحة الجسدية الفسيولوجية كالصداع وارتفاع ضربات القلب والغثيان والرعشة..الخ  
4. المشكلات الشخصية

كالهروب والمقاومة وانخفاض تقدير الذات وانخفاض مستوى الطموح والتصلب  
وجمود الرأي، وصعوبة اتخاذ القرار والتردد.

5- المشكلات الدراسية

والمعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزملاء والمعلمين وصعوبة التحصيل الدراسي وضعف  
القدرة على التركيز وعدم القدرة على اداء الواجبات المنزلية والفشل في الامتحانات..الخ

الاثار التي تترتب على الضغوط النفسية :

تشير البحوث والدراسات الميدانية النفسية والطبية الى ان للضغوط النفسية آثاراً فسيولوجية واخرى نفسية يمكن  
ان نجمل بعضها:

- الاثار الفسيولوجية

وتتمثل الاثار الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط في اضطراب الجهاز الهضمي ، الاسهال الامساك المزمن ،  
اضطراب الجهاز التنفسي ، ارتفاع ضغط الدم ، الصداع النفسي انتشار الامراض الجلدية ، تضخم الغدة  
الدرقية ، البول السكري ، التشنج العضلي التهاب المفاصل الروماتزمي ، فقدان الشهية او الشره والبدانة  
والميل للتقيؤ والغثيان. وبينت البحوث الميدانية والدراسات ومنها دراسة هاوس وآخرون علاقة الضغوط المهنية  
واثرها في الصحة الجسمية مثل الاصابة بالذبحة الصدرية ، قرحة المعدة ، الحكة الجلدية السعال ، ضغط  
الدم ، الصداع ، مرض القلب.

الاثار النفسية

تكاد تجمع البحوث النفسية على ان للضغوط الجانبية آثاراً نفسية تتمثل في اضطراب ادراك الفرد، وعدم وضوح  
مفهوم الذات لديه كما ان الذاكرة تضعف وتصاب بالتشتت ويصبح الشخص المستهدف اكثر قابلية للمرض  
النفسي والعقلي والجسمي ، كما ان تكرار الضغوط الشديدة يؤدي بالفرد الى الغضب والخوف والحزن والشعور  
بالاكتئاب وكذلك الشعور بالخجل والغيرة.

ان الضغوط النفسية يمكن ان تؤدي الى اضطراب النمو، وعدم الثقة في النفس وتزيد من تشتت الانتباه وترتبط  
بشكل ادق باضطراب الاداء وضعفه وتشوش السمع ، والحركات الزائدة المفرطة (الافراط الحركي)، وكراهية  
موجهة نحو الذات وضعف الانا وتصنع الهوية والميل للاغتراب وكذلك الشكوى من المرض والرغبة في

## الضغوط والعصاب

العصاب (Neurosis) (المرض النفسي) اضطراب وظيفي للشخصية يؤثر بشكل مباشر في اتزان الفرد ومدى رضاه عن نفسه، يضعه بعض المختصين وسطاً بين السواء والذهان (المرض العقلي)، إذ أن متصل الصحة النفسية الذي يبدأ بالسلوك يمر بالعصاب لينتهي بالذهان على الرغم من عدم توافر حدود فاصلة بين هذه المستويات الثلاثة ، إلا أن للعصاب أعراضاً على سبيل المثال موجودة عند الأسوياء تزداد شدتها عن الذهانيين والفارق المهم بينهما (أي بين العصابي والذهاني) هو أن الأول أكثر اتصالاً بالواقع وأكثر استبصاراً (Insight) وإدراكاً بمشكلاته وحالته ساعياً في الأغلب إلى العلاج بنفسه، عكس الذهاني الذي يبتعد عن الواقع كثيراً ويضطرب لديه الانفعال وكذلك القدرات العقلية. والعصاب عادة يوحي بوجود صراعات داخلية وتصعد في العلاقات الشخصية وظهور بعض الأعراض مثل القلق والاكتئاب والوساوس والأفعال القهرية، وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطرابات النوم والطعام وأيضاً بعض الأعراض الهستيرية، إذ يحدث هذا من دون المساس بترابط الشخصية وتكاملها إذ يتحمل العصابي المسؤولية الكاملة ويقوم بواجباته الحياتية بشكل مقبول ويتجاوب مع الآخرين من دون احتكاك واضح مع سلامة الإدراك والاستبصار. إذا كانت نشأة العصاب في الطفولة أو احتمالات امتدادها إلى المراحل العمرية اللاحقة، وإذا ما كان في الجهاز النفسي أو عادات متعلمة أو اضطراب للمدركات فهي تعني حالة من الوهن أو عدم القدرة لتحمل وطأة الضغوط المحيطة في الوقت الذي تكون العلاقة بين الضغوط والعصاب علاقة تبادلية ، إذ أن ضغوط البيئة الداخلية أو الخارجية مع فشل التعامل معها قد تسبب بعض الأعياء ثم الاجهاد العصبي والتعب الشديد الذي يصل حداً الموت أحياناً فضلاً عن احتمالات الإصابة ببعض الأمراض العضوية مثل التوتر العضلي والتغيرات الكيميائية والحيوية في الدم ، وتشير الإحصاءات الحديثة أن (80%) من أمراض العصر مثل النوبات القلبية والقرح الدامية وضغط الدم وغيرها كانت البداية لضغوط نفسية. ويشير (جارلس وورث وناثان) بأن (75%) من المرضى المراجعين للأطباء يشكون من أمراضاً ناتجة عن الضغوط وكذلك الاضطرابات العصابية مثل القلق والشعور بالذنب والاكتئاب والخوف من المستقبل والعدوانية واليأس والانطواء والانسحاب وفقدان الثقة بالنفس والمشاكل النفسجسمية ، هذا من جانب ، ومن جانب آخر فأن العصاب في أعراضه كافة يشكل ضغطاً على الفرد طويل الأمد كان أم قصير، هذا وأشارت البحوث النفسية والدراسات الاكلينيكية إلى أن التعرض للمواقف الصعبة التي قد تستمر زمناً ليس قليلاً لا تسبب القلق



المزمن فحسب ،بل تحدث تغييرا في معدلات المرض وربما تؤدي الى الوفاة احيانا. هذا وتعمل الانواع المختلفة للضغوط بظهور بعض الاضطرابات السلوكية خاصة الضغوط الشديدة منها،اما اذا كانت من النوع الخفيف فأن الأفراد من ذوي الاستعداد الوراثي او الذين نشاوا في ظروف صعبة(استنزفوا نفسياً) فأنهم سيعانون ايضا من بعض الاضطرابات السلوكية وحتى امراض جسمية،علما ان شكل الاضطراب السلوكي وشدته تتحددان بطبيعة الضغوط الموجودة. كما عبر ذلك (ميشيل اراجيل). هذا ومن الملاحظ في الحياة العامة ان الازمات النفسية خاصة الشديدة منها والصدمات الانفعالية او اضطراب العلاقة مع الناس او التعرض لمصاعب الحياة السائدة(التي تشكل جميعها ضغوطا نفسية)اية واحدة منها يمكن ان تدفع الشخص وبسهولة الى حالة من الضيق والتوتر والقلق.

### الضغوط النفسية ونتائجها المرضية

منذ بضع سنوات مضت بدأ عالمنا المعاصر يتجه الى منحنيات جديدة ضربت الانسان في صميم مركزيته وهو توازنه الشخصي والنفسي ، وذات يوم ونحن لا نزال في غفوتنا في سكون حياتنا الروتينية التي اعتاد معظم الناس التعايش معها بكل آفة وهذوء دون منغصات قوية تغير برامج الحياة العادية، فطرقت هذا الهذوء ازمات جديدة لم تكن مألوفة ، هذه الازمات الشديدة التأثير والفاعلية ضربت بعض اعضاء الجسد دون ان تكون هناك اسباب عضوية لها او مسببات تسممية او صدمات مادية .

بدا الجميع شاكاً لكن فضول الباحثين والأطباء وعلماء النفس سبروا اغوار هذه الظواهر الجديدة بما حملت معها من نتائج غير متوقعة حيث وجدوا ان تأثير القلق كبيراً على اعضاء

الجسم وان استجابة البعض من الناس تختلف عن المعتاد بطريقة غريبة حتى ان انواعاً مختلفة من

الاستجابات بدأت تبرز بسبب الضغوط النفسية الحياتية ووجدوا ايضا ان تكيف الانسان يهتز تماماً ازاء

الصدمات او الضغوط النفسية ورصدوا ان هذه الاعراض تؤدي الى:

- رد فعل للاخطار المفاجئة، وعندها تقف اعضاء الجسم وبكل طاقته المتاحة لمواجهة هذه الضغوط والحالة

الطارئة ومقاومتها، واذا استمر التوتر والموقف الضاغط ولم يحسم فإنه سيتحول الى الجسم وهي المرحلة

التالية وهي

- المقاومة،حيث يقاوم ويستمر الكائن البشري في المواجهة وحينها يكون جسده في حالة تيقظ تام وهو ثمن

يدفعه اي منا عندما يواجه المواقف الضاغطة ويلاحظ ازاء ذلك ان اجهزة الجسم بدأ ادائها يقل حتى يصل

الى الاعياء والضعف واستمرار المقاومة،ثم ينتقل بعد ذلك الى

- الاعياء ..حينها لا يتمكن الجسم من الاستمرار في المقاومة الى ما لا نهاية حتى تظهر عليه علامات

الانهك النفسي والاعياء التدريجي وتقل قدرته على التركيز وتشتت لديه الافكار ويصبح كثير النسيان ويبدو عدم الترابط بين الافكار واضحا حتى يكون البطء في جميع أنشطة الجسم والاستجابات ثقيلة وربما يتوقف بعضها مع الضغوط وهنا تقوده هذه الظروف النفسية الضاغطة والازمات الشديدة الى عدة امراض منها الاكتئاب او التدهور المرضي الذهاني او الاضطرابات النفسجسمية والتي قد تؤدي في اغلب الاحيان الى الموت.

يبدو واضحاً ان الضغوط النفسية حينما تشدد تؤثر في سيكولوجية الفرد وتعامله تأثيراً مباشراً وفعالاً هذا التأثير يؤدي الى اضطراب في علاقة الفرد مع اجهزته الداخلية اولا ثم بيئته ثانياً ولسنا في حاجة لمعرفة مدى هذا الاضطراب الداخلي لدى الشخص الذي يتعرض للضغط النفسي ولكننا نلمح الى سلوك التبدل الحسي الواضح الذي يبدو انه في معزل عن الوضع الذي يفقده قدرته على الاحساس بالالام واللذة في البيئة المحيطة به حتى يبدو انه في معزل عن الوضع العام .

ويقول د.احمد عكاشة ان الضغوط النفسية Stress هي تفاعل الضغط مع الفرد لظهور الامراض النفسية، فالضغط هو تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد ، وتعتمد - كمية الشدة او الضغوط اللازمة لنشأة الامراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي . ان قوة تأثير المواقف الحياتية الضاغطة كبيرة جدا الى الحد الذي لا يمكن للفرد ان يتحملة حتى ترغمه تلك الضغوط النفسية على التخلي عن الطرق السوية في التفكير فيلجأ لشدة الموقف الى تبرير الفعل الضاغط ويصل به الامر احيانا الى ان يعتقد بأن ما يعانیه إنما هو امر منزل من السماء وان الله يحاول اختباره وامتحان صبره، والبعض من الناس يختل توازنه حتى تبدو عليه علامات الهلوسة اي يتحدث مع نفسه وهو يمشي في الشارع ولا يدري كيف تظهر هذه الافكار وتكون بصوت مسموع لشدة قوة تأثيرها، انه يجد المبررات المنطقية لافعال او افكار ليست لها مبررات مقبولة، وانما حدثت بدافع احتياجات نفسية قوية او مواقف نفسية ضاغطة لم يعد يتحملها ويقول اطباء النفس ان الهلوس لا يمكن منعها لدى الفرد الذي يتعرض لضغوط نفسية عالية او صدمة مفاجئة، ويقولون ايضا يبلغ ضغط الدم اقصاه عند بعض الافراد ويؤدي القلق الناشئ عن ذلك الى تغيرات بيوكيميائية تسهم في احداث مشكلات في القلب فتؤدي الى الموت الفجائي وهناك عدد معين من الوفيات المفاجئة تحدث عقب وفاة احد الزوجين او احد الاقرباء المقربين او عقب مواجهة خطر معين لا يستطيع الفرد رده او ردعه او عند هزة نفسية بسبب خسارة مالية مفاجئة او الفشل في مواجهة موقف ضاغط.

تقول ليندا دافيدوف تؤدي الضغوط الاجتماعية المشجعة للعدوان الى زيادة الاعمال العدوانية سواء في الحياة الواقعية او في مواجهة الضغوط نفسها حتى يتحول الفرد لشدة مشاهداته الواقعية ومعايشته لضغوط الحياة الى ان يتحمل ثم يتحول الى عنصر عدواني ويكون محترف في المواجهة بسبب القسوة التي واجهها وتحملها والمشقة التي عاناها واكسبته الكثير من الخبرة العنيفة حتى استسهل على نفسه وعلى الاخرين ان العوامل المساعدة على تأصيل الضغوط النفسية وتعرض البعض لها كاستهدافهم في حياتهم نابع من :  
درجة الحدة والقوة لتلك الضغوط النفسية مثل الصدمات وتكرارها منذ الطفولة حتى البلوغ او فقدان احد الوالدين او الاعزاء او الخسارة الفادحة المفاجئة او المطاردة السياسية المستمرة من سلطات القمع الدكتاتوري ضد البعض من السياسيين

- طول المدة تخلق الضغوط النفسية حتى تتراكم الخبرات المؤلمة على مدى الايام مع قمع كل الطموحات الشخصية حتى يصبح الشخص عاجزا عن الایفاء بما وضع لنفسه من خطط مستقبلية، واعتقد جازما ان الحياة لم تمنحه الفرصة لارضاء قدراته وانعكس ذلك في فشل بنواحي الحياة ومنها العمل والتحصيل العلمي والحياة الزوجية.

- عوامل داخلية بسبب مؤثرات داخلية لدى الفرد تسبب الصراع الدائم مع من حوله مما يؤدي الى اضطراب علاقته بالبيئة المحيطة به .

-عوامل جسمية بسبب الانهاك النفسي والانهيار تحت وطأة وشدة الضغوط حتى لو كانت بسيطة ،اي بمعنى ادق انهيار المقاومة النفسية التي تعرضه للأمراض المختلفة

ان حياتنا المعاصرة بكل ما احتوت من جوانب التحضر والتطور والتكنولوجيا والتحول الاقتصادي المميز فأنها جلبت معها جوانب سلبية ادت الى سوء التوافق ثم الى التدهور المرضي النفسي لذلك يجب ان ندرك جميعا اننا نقف على متصل احد طرفيه حالة التوافق والطرف الآخر سوء التوافق ولكن لسنا ببيعدين عن حفزات الضغوط النفسية التي تؤدي الى تدهور هذا التوافق امام اي موقف حياتي مفاجئ يغفله الانسان في مسيرة حياته الحالية.

#### الاحباط والضغوط النفسية

معظم الناس يسايرون ضغوط الحياة اليومية دون ان يدركوها وفي زحمة هذه المتطلبات ينسى الكثير الآمه ومتاعبه واحباطاته باحثا عن التوافق او التكيف مع هذه الضغوط ، وهو ما يسمى بالتكيف الناجح رغم صعوبتها لذا يمكن ان نعرف التوافق بأنه محاولة لمواجهة متطلبات الذات ومتطلبات البيئة .

ففي ثانيا هذا التوافق تكمن محاولتنا العديدة لان نبذو او نتظاهر بوجه مبتسم حتى وان كانت تعترينا الام عديدة ثابتة لا تزول ، ومشكلات حياتيه منها اجتماعيه او اقتصاديه او مهنيه او اسريه نحاول حلها بطريقة تعيد الينا شيئا من الموائمه الداخليه لكي نبذو سعاداء امام الاخرين

ان اسعد البشر وأكثرهم توافقا مع اعمالهم او مع اسرهم او حتى ميسوري الحال يشعرون بالاحباطات المتعددة ، فخييات الامل والصراعات وعوامل الضغوط اليومية المستمرة ومتطلباتنا نحو الافضل تعرضنا الى الاحباط وهي سنة الحياة وديدها ، يستوجب علينا ان نواجه الاحباط وحجمه ومداه ، فالاحباط Frustration هو اي دافع نفسي او نشاط لدى الفرد ينشط ويلح في طلب الاشباع وزيادة الرغبة في الطموح ، سواء اكان هذا الدافع فطريا او مكتسبا من البيئة التي نعيش بها ، شعوريا كان او لا شعوريا ، فأن الموازنه الداخليه لاي منا يجب ان تلبي هذا الدافع وتحاول اشباعه ، وعندما لا يستطيع اي منا اشباع الدافع اشباعا مباشرا فانه ينتج عنه احباط .

فالاحباط اذن هي الحالة التي يوجد فيها الفرد ولديه دافع او عدة دوافع وطموحات مستتارة يصعب عليه اشباعها فتتحول حالة الشخص من مشاعر المسرة الى مشاعر الضيق والاستياء وتؤدي به الى البحث عن مخرج من هذه الحالة او على الاقل التخفيف منها ، وعندما يفشل يبحث الفرد مع مكوناته الداخليه النفسيه التي تحاول المحافظة على التوازن عن بدائل تسمى في التحليل النفسي بحيل التوافق (الدفاع) - ميكانيزمات الدفاع - وتسعى هذه الى تخفيف حالة التوتر والشدة والاحباط الى بديلها ان استطاع الفرد وهي ايضا تحاول ابعاد الضغوط النفسيه الناجمة عن حالة الاحباط ومن تلك الحيل ( الميكانيزمات ) الكبت، الاسقاط ، الازاحة ، التبرير، التوحد ...الخ حتى يستطيع الفرد ان يحل الصراع الذي يدور بين الدافع الذي يلح في طلب الاشباع والقوى التي تقف حائلا دون الاشباع او امكانية تحقيق الواقع الذي يتمنى الفرد تحقيقه وهذه الميكانيزمات تتسم بالمرونة والخديعة والالتواء في التعامل الداخلي للفرد حتى ترضي الرغبات المتعارضة .

اما اذا لم ينجح الفرد في ازاحة هذه الاحباطات وحالة الشد النفسي والازمة ان وجدت ، فستتحول حتما الى تكوين ضغوط نفسية ذات طابع مثير ومؤثر على سلوك الفرد ، ويبدو هذا الفرد في حالة عدم اتزان امام الناس الاخرين وعندما تأخذ الضغوط النفسيه الناجمة من الاحباط مديات اعمق لدى الفرد نفسه ، فلا بد من ايجاد منفذ للخلاص منها.

ان الانسان في حالة جذب وطرده تجاه موقف او عند طلب حاجة يريدتها ويصعب تحقيقها مثل البحث عن عمل يناسب امكاناته وقدراته او دراسة يعتقد انها تناسب امكانيته وطموحه مع الدخل المناسب الذي يكفي متطلباته ومتطلبات اسرته ولكنه يجهد نفسه ولم يجد هذا العمل حينئذ يكون بصدد مواجهة صراع بين

متطلبات الحياة المعاشية الاقتصادية والوضع الراهن المفروض عليه الذي لا يستجيب لرغباته وقدراته ، فتزداد الحالة النفسية سوءاً ومعها تزداد الاحباطات ويكون للضغوط النفسية دورا كبيرا ملازما لهذه الاحباطات وربما كان من نتائجها .

ومن نتائج هذه الاحباطات هو بروز القلق بشكل واضح وازدياد حالات الغضب لدى الفرد وهذا يدفع به احيانا لان يفقد السيطرة على اعصابه وعلى سلوكه العام ، لذا وضع علماء النفس المتخصصون اساليباً عدة للتعامل مع الاحباط والضغوط النفسية ومن تلك الاساليب هو الاستخدام الامثل لحل المشكلة عبر استخدام المرونة في السلوك ازاء الاحباط او الضغوط النفسية الناجمة عنها ، فالتحديات الجديدة الناجمة عن الاحباط تتطلب حلولاً جديدة ومنها واهمها تجاهل الموقف الضاغط تجاهلاً تاماً ثم الانكار التام لكل الصعوبات التي تتضخم احيانا حتى لتبدو مشكلة عويصة غير قابلة للحل ، فضلاً عن استخدام وسيلة تجنب الشعور بالمشكلة بأي شكل ممكن دون اعارة الاهتمام لها مهما بلغت من الشدة او القوة وعدم الاخذ بالحسبان النتائج المترتبة عليها مهما كانت فحالة الفرد المحبط تغلق عليه رؤية الحلول الصحيحة وتضيع مفاتيح الحلول مهما كانت المشكلة بسيطة او اكثر من ذلك بالتعقيد.

يقول علماء النفس حينما لا يستطيع الفرد عمل شئ بناء فإنه يمكن تجنب التوتر بطريقة ما فاستذكار المشكلة وتذكرها هو بحد ذاته مشكله سوف يعقدها بالتاكيد ويشعره بعجزه من ايجاد الحل المناسب لها وبالتالي يضعف مقاومته لها . ان تذكر المشكله هو مبالغة فيها تقلل من قدرته في ايجاد الحلول المناسبة لها واحساسه بالفشل والاستسلام بعد ذلك .

## علاج الحالة ن م :

### الخطه العلاجيه

تتكون المقابلة من ثلاثة مراحل اساسية وهي

1. مرحلة التهيئه للارشاد والتدخل المهني .

2. مرحلة الارشاد الفعلية .

3. مرحلة التمارين والانتهاء من التدخل المهني .

اسم المرحلة : التهيئه للدخول في التثقيف والارشاد رقم المرحلة : ( 1 ) .

وفيها يتم استعراض التشخيص والتقييم الاجتماعي للمريضه والخطه العلاجية مع التأكيد على اهمية الارشاد الاجتماعي بجانب العلاج الطبي حتى يساهم ذلك في الراحة وازاحة الضغوط والتكيف مع المرض وتقليل الاثار الاجتماعية النفسية للمرض وإدارة وحل المشكلات .

اسم المرحلة : مرحلة الارشاد الفعلية رقم المرحلة : ( 2 ) .

وفيها يتم التوجيه والارشاد والتعليم للمريض ويستهدف الجوانب الضعيفه والتي يعاني منها المريض في الجانب النفسي الاجتماعي .

اسم المرحلة : مرحلة التمارين والانتهاء من التدخل المهني رقم المرحلة : ( 2 ) .

وفيها يتم تكليف المريض بالتمارين والواجبات الخاصة التي سوف يقوم بها حتى موعد الجلسة الرئيسية الثانية ومن ثم يتم الاتفاق على الالتزامات وملخص الجلسة واستجابة المريض واحتياجاته للعمل بها حتى الجلسة القادمة ومن ثم القيام بعملية الانتهاء وتوديع المريض .

### المعلومات والارشادات التثقيفية :

رقم الجلسة : ( 1 ) مدة الجلسة : ( 10 ) دقيقة

- ☐ التثقيف عن الغضب وآثاره .
- ☐ التثقيف عن اهمية الاسره والتواصل الاجتماعي .
- ☐ التثقيف عن معرفة الذات .

رقم الجلسة : ( 2 ) مدة الجلسة : ( 10 ) دقيقة

- ☐ التثقيف عن الاثار النفسية للمرض .
- ☐ الارشاد عن كيفية مواجهة القلق .
- ☐ التثقيف عن التقليل من الحالات الوجدانية الحزينه .
- ☐ الارشاد عن التفاؤل والامل .

رقم الجلسة : ( 3 ) مدة الجلسة : ( 10 ) دقيقة

- ☐ التثقيف عن الغضب وآثاره .
- ☐ التثقيف عن اهمية الاسره والتواصل الاجتماعي .
- ☐ التثقيف عن معرفة الذات .

رقم الجلسة : ( 4 ) مدة الجلسة : ( 10 ) دقيقة

- ☐ التثقيف عن الاثار النفسية للمرض .
- ☐ الارشاد عن كيفية مواجهة القلق .
- ☐ التثقيف عن التقليل من الحالات الوجدانية الحزينه .
- ☐ الارشاد عن التفاؤل والامل .

### الخطة الزمنية للجلسات الارشادية

- ☐ عدد الجلسات الارشادية : 3 جلسات ارشادية .
- ☐ المدة : ( 45 دقيقة لكل جلسة )
- ☐ الارشادات : ارشاد فردي بدون وجود افراد الاسره .
- ☐ التمارين والواجبات :
- ☐ هل يوجد مواعيد خارجية : ( ) نعم ( ) لا
- ☐ فترة المواعيد : ( ) قصيرة ( ) طويلة
- ☐ الاختيار : ( ) كل اسبوعين ( ) 3 اشهر ( ) 6 اشهر
- ☐ الموعد القادم : / / 143 هـ
- ☐ المكان : مكتب الخدمة الاجتماعية – المستشفى الرئيسي
- ☐ اسم الاخصائي الاجتماعي : أ طلال الاسمري - اخصائي اجتماعي اول
- ☐ الاخصائي الاجتماعي : - اخصائي اجتماعي مساعد ( متدرب )



## الخططة العلاجية

تقوم الخططة العلاجية الارشادية على الاتجاه النفسي الاجتماعي

### اهداف التدخل المهني والعلاج الاجتماعي العامة

- 1- احداث تعديل بيئي سواء كان جزئي او كلي
- 2- التركيز على العوامل الشخصية وتفاعلها لتكوين المشكلة .

## الاسس والاساليب العلاجيه

اعتمد الاسس والاساليب العلاجيه للحاله ن م على النظريات والنماذج التالية :

- 1 - التحليل النفسي Psychoanalysis :
- 2 - العلاج النفسي المساند Supportive Therapy :
- 3 - العلاج السلوكي Behavior Therapy :
- 4 - العلاج النفسي الممرکز حول المريض Client-Centered Therapy :
- 5- العلاج الاسري .
- 6- العلاج الواقعي .

## 1 - التحليل النفسي Psychoanalysis :

يعتبر التحليل النفسي أهم أنواع العلاج النفسي ويستند إلى نظرية التحليل النفسي التي ترى أن تكوين الشخصية يقوم أساساً على الصراع بين الهو والأنا والأعلى، ويقوم العلاج على أساس إفصاح المريض عن كل ما يدور في نفسه حيث يقوم المحلل النفسي باستكشاف ما يكمن في اللاشعور من خبرات وذكريات والتي لها الأثر السلبي في المرض، ويقوم المحلل باستدراج هذه الخبرات من اللاشعور إلى حيز الشعور وذلك عن طريق التداعي الحر ومساعدة المريض كي يبوح عما في نفسه بهدف استبصاره وإعادة بناء شخصيته على أساس صحي سليم.

## 2 - العلاج النفسي المساند Supportive Therapy :

يعتبر العلاج النفسي المساند من أكثر أنواع العلاج النفسي استعمالاً حيث يتم من خلاله معالجة الاضطرابات التي يعاني منها المريض في وقته الحالي التي أتى به طلباً للعلاج، ولا يلجأ مثل التحليل النفسي إلى الخبرات البعيدة أو المكبوتة، ومن أنواع العلاج النفسي المساند الإرشاد والمشورة وإقناع والإيحاء والتنويم المغناطيسي.

## 3 - العلاج السلوكي Behavior Therapy :

يعتبر العلاج السلوكي نوعاً جديداً من العلاج النفسي لتعديل السلوك المضطرب، ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظرية التعلم الشرطي حيث ترى أن المرض النفسي ما هو إلا أمراً متعلماً اكتسبه الفرد من خلال عادات سيئة، لذلك يقوم المعالج بمحاولة تجريد المريض من هذه العادات وحل مشاكله السلوكية وتعديل سلوكه المضطرب وتنمية السلوك السوي لديه مستخدماً مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي.

## 4 - العلاج النفسي الممركز حول المريض Client-Centered Therapy :

وتعتمد هذه الطريقة في العلاج على "نظرية الذات" حيث يقوم المعالج النفسي بالإصغاء لكل ما يقوله المريض ملتزماً الجانب السلبي دون توجيه أوامر أو فرض الرأي بل يناقش ما يريد المريض مناقشته من مواضيع تاركاً للمريض الفرصة لفهم مشكلته والتعبير عن انفعالاته. ويهدف العلاج النفسي الممركز حول المريض إلى أحداث التطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي.

## 5 - العلاج الاجتماعي Social therapy :

وهي طريقة في العلاج تتعامل مع البيئة، إذ أن البيئة الاجتماعية متمثلة في الأسرة والمدرسة والعمل والمجتمع لها الأثر القوي في نشأة وعلاج العصاب والهدف من العلاج الاجتماعي هو تعديل أو تغيير البيئة الاجتماعية التي أدت بدورها إلى الاضطراب النفسي.

## أولاً: العلاج الاجتماعي الذاتي

الخطة العلاجية تقوم على نوعين وهما :

أولاً : تحديد الاهداف العلاجية .

ثانياً : تحديد الاساليب العلاجية .

المهارات العلاجية المستخدمة :

- البحث عن الحقائق وليس المشاعر . باستخدام متى ؟ ولماذا ؟ وكيف ؟
- المشاركة الوجدانية . باستخدام أسلوب ذكر موقف مشابه ونفس الشعور
- استخراج المشاعر واتاحة الفرصه للتعبير .
- حث وتشجيع الحالة بالتعبير .

## خطة التدخل المهني :

ان خطة التدخل المهني مع حاله ن اعتمدت على العلاج الذاتي الموجه نحو شخصية حاله لتقوية الذات والأنا فهي تهدف إلى التأثير في اتجاهاته وميوله وطريقه تفكيره والتخفيف من التوترات التي يعاني منها حتى يستطيع النهوض بمطالب الحياة بطريقة إيجابية .

والعلاج الذاتي يهدف إلى:

- 1 . مساعدة المريضه على التعبير عن الانفعالات الحديثه.
- 2 . تغيير اتجاهات المريضه الاجتماعيه المضطربه.
- 3 . تحسين العلاقات الاجتماعيه المضطربه.
- 4 . تعديل أفكار ووجهات نظر المريضه ومعتقداتها الخاطئة التي تسبب اضطراباً في سلوكه او تعطل قدراته.

وتم استخدام الاساليب التاليه مع حاله ن م وهي كما يلي :

### أولاً: أساليب المعونة النفسية "تدعيم الذات":

كالعلاقه المهنيه والتأكيد والتعاطف والمبادره الافراغ الوجداني " التنفيس " وتستهدف إزالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بالموقف الإشكالي لحاله ن م كحالته من الحزن والاكتئاب و تخفيف حده المشاعر المصاحبة للمشكلة أو إزالتها ، وايضا تهدف الى ازالة أو تخفيف حده القلق أو الغضب الواضحة أو المكثومة (عمدا) والتي نشأت نتيجة المشكلة ، فأفقدت مؤقتا قدرات الذات علي التماسك والاستقرار .

### 1 - العلاقة المهنية:

هي الشريان الرئيسي لكافة أساليب العلاج ويتحقق من نموها تدعيما لذات العميل وتخفيفا لتوتراته لما توفره من عوامل أمن وثقة واستقرار .

### 2- التأكيد :

وهو أسلوب ظهر في بعض حالات خاصة تنتاب العميل فيها مشاعر حادة من القلق أو الألم أو الكآبة ، مثل الموظف عائل الأسرة الذي اكتشف إصابته بمرض خطير .ويشترط للممارسة هذا الأسلوب :

- أن يكون موضوعيا وليس خياليا ، فهو يمنح الأمل ولا ينكر الخطورة .
- أن يمارس فقط في الحالات الحادة من الفزع والقلق الشديد .
- إلا يتكرر دوما مع نفس العميل بمناسبة وبدون مناسبة .
- إلا يمارس مع العملاء الذين يبالغون في لإبداء مشاعر الألم استدرارا للعطف.

- إلا يمارس مع حالات الخوف أو الذنب المرضية العصابية أو الذهانية .

### 3- التعاطف :

وهو اتجاه وجداني يمارس بتركيز خاص في مواقف الألم وخاصة عند الفواجع الطارئة .

### 4 - المبادرة:

هي أسلوب يستخدم مع العملاء النافرين أو المتشككين أو الخائفين لانجذابهم للتعامل معهم تشجيعهم إلى طلب المساعدة أو الاستمرار في طلبها بما يتفق مع أهداف المؤسسة.

ويمكن أن تأخذ مبادرة الأخصائي نحو عملائه عدة صور بالقدر الذي يتفق مع حاجة العميل فقد تتخذ المبادرة شكل حديث ودي وغير رسمي مع الطفل الصغير الذي لم يألف التعامل في جو من الرسمية - وقد تأخذ شكل زيارة منزلية العميل التي لا يتوافر لها وقت لمقابلة الأخصائية الاجتماعية بالمؤسسة بسبب انشغالها بالتربية لأطفالها الصغار أو لعملها في إحدى الأعمال للقيام على شئونهم ورغباتهم نظراً لوفاه عائلها .

### 5 - الإفراغ الوجداني (التنفيس):

هي وسيلة لتخفيف التوترات التي يعاني منها العميل فعندما يقص العميل قصته يساعد هذا على التخفيف من الشحنات الانفعالية التي يعاني منها وهذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يشجع العميل على سرد تجاربه العاطفية والتي تتعلق بشخصيات أو مواقف انفعالية ماضية أو حاضرة وعندما يعبر العميل عنها تتحرر هذه المشاعر فيحدث التنفيس والذي يتولد عنه طاقة يصير في مقدور الأخصائي الاجتماعي تناولها واستخدامها في تقوية وظائف العميل. وتعتمد هذه العملية على الاستثارة والتشجيع والتوظيف.

#### أ ( الاستثارة:

وهي أسلوب تنبيه يسلط الأضواء على جوانب معينة يستشف الأخصائي من خلالها مضامين وجدانية حبيسة في الشعور وقد تكون الاستثارة بالاستماع أو بالتعليق أو بالاستفهام فقد يتسأل الأخصائي الاجتماعي من العميل المعوق الذي يبدو عليه الضيق عما إذا كان مجيئه لمكتب التأهيل قد أنهكه وذلك لكي يبدأ العميل في التعبير عن مشاعره.

#### ب) التشجيع:

هو تعزيز الاستثارة لضمان استمرار العميل في التعبير عن مشاعره كأن يشجع الأخصائي الاجتماعي عملية المعوق على الاستمرار في إطلاق مشاعره بالقول شيء طبيعي أنك متضايق.

#### ج) التوظيف:

هو محاولة استثمار هذه المشاعر وتوجيهها إلى نواحي أخرى للحالة ن م كتنويه الاراده والرغبة في تجاوز المرض وتحقيق الرغبة في الانجاب ومواجهة المشكلات وتم توظيف ذلك بأسلوبين.

**\*الإبدال:** وهو تحويل الطاقة الوجدانية المستدعاة إلى قنوات أخرى تمتصها أو تخفف عن حداثها ، فبدلاً من أن تتركز كراهية حاله ن م للوضع الصحي والمرض يمكن تحويلها إلى كراهية ضعف الاراده واليأس والتردد .

**\*الواقعية :** تم ممارسة هذا التكنيك مع الحالة ن م لضبط المشاعر عن طريق المواجهة الواقعية المنطقية حيث لاحظ الأخصائي الاجتماعي المعالج ان الحالة ن م لديها تطرف وخيال وعدم النضج في بعض المواقف المرتبطة بالنكوص الى الماضي او تخيل المستقبل والتفكير في القبر والخوف من القبر ويحتاج الأمر إلى أسلوب يوقف تيار المشاعر المسرفة إلى الواقعية.

### ثانياً: تعديل الاستجابات:

وهو تعديل بعض الاستجابات بقدر الإمكان أو تقليل الأعراض (كالغضب والكراهية ) فالغضب نفسه قد لا نمنعه أو مشاعر الكراهية قد لا نقتلعها من جذورها ولكن ممكن إن نعدل من أسلوب التعبير عنها بدرجة أو بآخري .  
وتستخدم في هذا الجانب الأساليب الآتية بصورة متدرجة على النحو التالي:

1 - **الإيحاء:** هو بث بعض الآراء والأفكار بصورة غير مباشرة في ذهن العميل وإرادته يتأثر بها دون مقاومة وأنها صادرة من نفسه والإيحاء في خدمة الفرد ليس همساً خلف الأذن كما هو الحال عند التنويم المغناطيسي أو التحليل النفسي طالما يصبح المريض قابلاً للاستهواء ولكنه تلميح أو اقتراح غير مباشر يمارس في حالات خاصة أهمها:

أ ( الحالات المتقدمة من الضعف العقلي وليكون الإيحاء بمثابة استثارة لقدرة من التفكير المحدود.

ب) حالات الأطفال والأنماط الاعتمادية المسرفة.

ج) حالات الأزمات النفسية الشديدة الغير مرضية التي تعوق العميل من رؤية الطريق الواضح للنجاة بشرط اختفاء أساليب المقاومة.

2 - **النصح:** من الأمور غير المرغوب فيها في علاقة خدمة الفرد خصوصاً إذا كانت نتيجة النصيحة مشكوك فيها ويمارس النصح في حالتين هما:

أ ( عند عدم استجابة العميل للإيحاء ويتطلب الأمر سرعة اتخاذ قرار .

ب) عند طلب العميل نفسه المشورة.

ويدل طلب النصيحة على وجود مشاعر واتجاهات خاصة عند العميل كالتردد وعدم الثقة في النفس فقد يسأل العميل رأى الأخصائي في أمر معين لثقلته فيه، وفي بعد نظره وقد يريده أن يحدد له طريق ما يسلكه وهذا معناه أن العميل من النوع ألتكالي الذي لا يمكنه تحمل المسؤولية ويحتاج إلى غيره ليرسم له خطة يتبعها ويلقى عليه اللوم إن كان لها بعض النتائج السيئة أو غير المرغوبة.

وعلى هذا فيجب على الأخصائي الاجتماعي أن يناقش أولاً جوانب المشكلة من ناحية العيوب والمزايا ثم يترك العميل بما يتمشى والقيم الدينية والمنطق والمثل الاجتماعية السليمة ينصح العميل وكل هذا مع مراعاة أن تكون العلاقة المهنية قوية. فالمواقف التي يجب أن يقوم الأخصائي فيها بتقديم النصيحة وذلك حين التأكد من ضرورتها ومن تقبل العميل لها ومن احتمال حدوث أضرار لم تقدم في حينها ومن أمثلة ذلك نصح العميل بالتريث في إنهاء علاقة أساسية كعلاقة الزواج ونصح العميل وتشجيعه على أخذ رأي طبيب أخصائي في مشكلة صحيحة ونصح المريض بإتباع طرق تربوية سليمة في معاملة الأبناء ويكون للنصيحة أثرها الفعال إن صحبها نوع من الشرح يجعل العميل أكثر اقتناعاً بقيمتها وفائدتها الشخصية.

وعلى العموم يمكن القول بأن موقف الأخصائي عن العميل في شأن النصيحة هو كالاتي:

أ) إعطاء النصيحة لتفادي ضرر محقق.

ب) مناقشة طلب العميل للنصيحة في حالات التردد ولكي يصل بنفسه إلى قرار عن اقتناع.

ج) الامتناع عن إعطاء نصيحة في أمور مشكوك في نتائجها

3 - **السلطة والأوامر:** لا تعني السلطة هنا معناها العسكري الارغامى ولكن تعني القيادة الوالدية وهي تقع بين النصيحة والتعسف فهي نصيحة ضاغطة تجمع بين الرغبة والعقل والإرغام وهي أسلوب يمكن إتباعه خلال عمليات التهذيب والتربية وإن كانت من إلزام الأساليب مع الجانحين الخطيرين أو الشواذ حيث يكون الأسلوب العمى لتجنب أخطار محققة.

4- **التحويل:** ويقوم الأخصائي الاجتماعي بعملية تصحيح لأحكام العميل الخاطئة التي سبق إن أطلقها بدون تمييز علي آخرين وكانت من عوامل مشكلتهم معه .والتحويل قد يكون سلبيا (كراهية) أو ايجابيا (حب)

4 - **التعزيز:** ويعني إعطاء العميل الموافقة على الفكرة التي يأمل ويفكر فيها ويميل إليها بنفسه فهو يعيش مجال فكرة فيها ولكنه يتطلع إلى تعزيز خارجي من شخص يثق فيه ويعتبر هذا أقل مستويات التدخل من جانب الأخصائي الاجتماعي وقد تستخدم في ذلك التعبيرات اللفظية أو الحركية للتعبير عن موافقته العميل للقيام بعمل ما يفكر فيه كأن يتطلع الزوج إلى عودة الحياة الزوجية فيوافقه الأخصائي على ذلك.

5 - **الترجيح:** وفيه يعاني العميل من موقف الحيرة بين أمرين أو أكثر ولا يقوي على اتخاذ قرار معين وكل ما يحتاجه هو ترجيح لفكره معينة عن غيرها فتكون الدافع الفعلي المحرك للعميل على تنفيذها واتخاذ قرار بشأنها فقد تكون الأم في حيرة اتجاه ابنها ضعيف العقل عما إذا كان من الأفضل أن يستقر في المنزل أم ترسله إلى مؤسسة للتثقيف الفكري.

وفي ترجيح الأخصائي الاجتماعي لفكرة معينة يجب أن لا يتم ذلك إلا بعد دراسة وتحليل للأبعاد المختلفة المحيطة بالموقف وذلك حتى لا يرجح فكرة قد تكون غير مناسبة ويترتب عليها انعكاسات سلبية تجعله في وضع الإدانة والمسئولية أمام العميل لما ترتب على ترجيحه من أضرار على العميل.

### ثالثاً: تعديل السمات :

#### 1- أسلوب التبصير:

إن استخدام البصيرة كأسلوب للعلاج يستلزم مهارة كبيرة من الأخصائي الاجتماعي وهو لا يصل إلى هذه المهارة الأبعد خبرة طويلة فهو يتطلب فهم الشخصية العميل وموقفه فهماً عميقاً.

فالصراعات المتضاربة والانفعالات الشديدة تؤدي بالفرد إلى عدم إدراك الواقع على حقيقته إلى حد بعيد أو تجعله يتفاعل معه بطريقة غير مناسبة أو متزنة بحيث يصبح من المستحيل علاجه الأبعد أن يكتسب بصيرة عميقة لهذا الواقع.

ولإكساب العميل البصيرة يجب أن يتاح له الفرصة للتنفيس عن انفعالاته الحاضرة والماضية في جو علاجي وذلك لكي يتخلص من بعض آثارها ولتظهر اتجاهاته غير المنطقية وتطفوا حتى يميزها الأخصائي الاجتماعي ويتبادلها مع العميل بالعلاج.

والغرض من إكساب العميل البصيرة وتنميتها في نفسه هو زيادة فهمه لنفسه وموقفه معاً حتى يمكنه أن يسير في أموره سيراً واقعياً بدون كثير من القلق أو الكراهية فعلية التبصير تهتم بمساعدة العميل على فهم حقيقة أفكاره والتناقض الوجداني الذي يعاني وأسباب معتقداته الغير سليمة أو تعصيه وتحيزه كما تهتم بمساعدته على فهم ميوله واتجاهاته المؤثرة في الموقف. وعلى هذا يجب على الأخصائي الاجتماعي ألا يلجأ إلى العمليات التبصيرية إلا إذا وثق من أن العلاقة المهنية بينه وبين العميل على درجة كبيرة من التوثيق على الأقدام على مثل العمليات الدقيقة. ويتم للأخصائي الاجتماعي تكوين البصيرة للعميل من خلال الخطوات الآتية:

أ - الاستدعاء:

المقصود بالاستدعاء هو مساعدة العميل على استبطان نفسه دون تأويل لكي تشاهد الذات ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر وتذكر لأحداث وخبرات مختزنة في الماضي القريب والبعيد ويعتمد الاستدعاء على انطلاق العميل الحر والتأمل الذاتي والتذكر دون مقاطعه لتيار تفكيره أو موارده وخواطره حتى يستدعي الخبرات واضحة دون تحريف ونظراً لأن هذه الخبرات المستدعاة هي بالضرورة جوانب حساسة في حياة العميل الماضية وتثير اضطرابه وخاصة الخبرات الحادة المؤلمة ليلجأ إلى مختلف أساليب المقاومة ما لم تتوفر العلاقة المهنية في أفضل مستوى لها ولهذا يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يحذر استدعاء خبرات العميل التي قد تثير اضطرابه كاستدعاء خبرة كبتت في ذهن العميل الذي يرتعد خوفاً من العلاج عن وفاة والده بالمستشفى قد تزيد من مخاوفه فيرفض الجراحة.

#### ب - التفسير:

التفسير هو الترجمة العلمية لهذه الخبرات المستدعاة وأثرها على سلوك العميل الحالي. وهو عملية يمارسها الأخصائي الاجتماعي عادة مع العميل عقب استدعاء خبرات لتكشف له حقيقته نفسه ففي المثال السابق يقوم الأخصائي الاجتماعي بتفسير منطقي للعميل بأن وفاة والده عملية قدرية وإن لإجراء الجراحة له فيها صالحة وأنه لا توجد علاقة بين وفاة والده وبين إجراء الجراحة له.

وبهذا المعنى فإن التفسير يشمل على الآتي:

أ ) تفسير منطقي لعلاقة هذه الخبرات بالسلوك الحالي بفرض جهل العميل لها.

ب) تصحيح أفكار العميل الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك.

ونتيجة للخطوتين السابقتين عن الاستدعاء التفسير تنمو تلقائياً عند العميل تكوين البصيرة لتكون قوة دافعة تمكنه لأن يسعى بنفسه لتعديل اتجاهاته بعد أن استنصر بأنها خاطئة.

#### 3- التوضيح:

يقصد بالتوضيح إلقاء الأضواء على الأشياء الغامضة على العميل لكي تظهر بطريقة تسمح له بفهمها والتوضيح بعقب التنبيه حيث يتطلع العميل إلى الخبرة المعرفة تلقائياً سواء كانت خبرة خاصة بالمؤسسة أو بالأخصائي أو الموقف أو بجوانب عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية.

والتوضيح يتضمن المناطق التالية:

- 1 - تزويد العميل بمعلومات جديدة يجهلها ولها علاقة بموقفه كتوضيح للعوامل المؤدية لمشكلته.
- 2 - تعريف العميل بوظيفة المؤسسة مشروطاً وكيفية استحقاقه للاستفادة من خدمات المؤسسة.
- 3 - تصحيح معلومات خاطئة لدى العميل كتصحيح معلومات طالب المساعدة بأن ما يطلب من كسندات لإثبات استحقاقه وليس من قبيل زيادة معاناته.

#### 4 - الإقناع :

وهو أسلوب يعتمد علي المنطق والواقعية وحسن التقدير ويتطلب من الأخصائي رحابة الصدر ومناقشة العميل في الأفكار الخاطئة ونواحي عدم صوابها (كأن يعارض الأب دخول ابنة المريض نفسياً إلي مستشفى الصحة النفسية)

### جدول رقم ( 3 ) يوضح المواقف الاشكالية للحاله ن م واستجابة الاخصائي الاجتماعي وتدخله المهني :

م	المواقف الاشكالية للحاله ن م	استجابة الاخصائي
1	الحيره والتردد	التوجيه الذاتي
2	الحزن	التفيس الوجداني
3	التوتر	الاسترخاء
4	القلق	1. التفسير والتوضيح 2. التطمين
5	افكار خاطئه	الاقناع
6	الخوف	التوضيح
7	الحساسيه الزائده	التجنب - توجيه الذهن
8	العناد	الايحاء - التوجيه الغير مباشر
9	الضغوط النفسيه	التدريب والتعليم
10	عدم ادراك الواقع	التبصير
11	ضعف الذات	العلاقه المهنيه
12	انفعالاته الحاضره والماضيه	تنفيس وجداني
13	طموح - امل - فكرة - تغيير	التعزيز



14	فالصراعات المتضاربة والانفعالات الشديدة	تقوية الذات
----	---	-------------

العلاج الاجتماعي الذي تم تطبيقه : جدول رقم (4)

م	العبارة	التفاصيل
1	معونة نفسية	<input type="checkbox"/> العلاقة المهنية <input type="checkbox"/> التأكيد <input type="checkbox"/> التعاطف <input type="checkbox"/> المبادرة <input type="checkbox"/> الافراغ الوجداني
2	<input type="radio"/> عملية تدعيم وتعليم بالتوضيح والاقناع	
3	<input type="radio"/> تعديل الاستجابات بالنصح والسلطة والاستبصار البسيط	
4	<input type="radio"/> تنفيس وجداني	
5	<input type="radio"/> ازالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بحدوث الموقف الاشكالي	
6	التعبير عن المشاعر	<input type="checkbox"/> الاستشارة <input type="checkbox"/> التوظيف <input type="checkbox"/> التشجيع
		<input type="radio"/> - الابدال <input type="radio"/> - الواقعية
7	<input type="radio"/> - الايحاء	
8	<input type="radio"/> - النصح	
9	<input type="radio"/> - السلطة والاوامر	
10	<input type="radio"/> - التحويل	

النوع : ( ) علاج بيئي  
الخطة العلاجية :

العلاج الاجتماعي الذي تم تطبيقه : جدول رقم (5)

م	العبارة	التفاصيل
1	دعم اسري	<input type="checkbox"/> تحسين اتصال <input type="checkbox"/> تثقيف <input type="checkbox"/> ارشاد <input type="checkbox"/> استشارة <input type="checkbox"/> اخرى :
2	<input type="radio"/> العمل : تحسين او تخفيف بيئه العمل والضغط المصاحبه لبيئة العمل	
3	<input type="radio"/> الاقارب : زيادة التواصل	
4	<input type="radio"/> الابناء : تثقيف اجتماعي بنفسية المريض وكيفية التواصل مع المريض	
5	<input type="radio"/> الزوجه : تثقيف اجتماعي بنفسية المريض وكيفية التواصل مع المريض	
6	<input type="radio"/> اعانة مالية مواصلات	
7	<input type="radio"/> اعانة مالية تذاكر	
8	<input type="radio"/> اعانة مالية سكن	

جدول خاص بالعلاج الذاتي : جدول رقم (6)

المشكلة	العلاج المستخدم او المهارة
○ - مشاعر سلبية ارتبطت بحدوث موقف اشكالي	<input type="checkbox"/> معونه نفسيه
○ - مشاعر حادة من القلق او الالم او الكآبه الفزع الانهيار	<input type="checkbox"/> التأكيد
○ - موقف يعاني المريض من الم نفسي يصاحبه بكاء شديد	<input type="checkbox"/> التعاطف sympathetic attitude
○ - الخوف والعدوانية	<input type="checkbox"/> المبادرة supportive gift
○ - توقف المريض عن التعبير عن مشاعره	<input type="checkbox"/> التشجيع
○ - حبس المريض مشاعره الوجدانيه	<input type="checkbox"/> الاستثارة
○ - تكرار في الحديث عن المشكلة	<input type="checkbox"/> - التوظيف
○ - حدة وقوة الطاقة الوجدانية او توقفها عند موقف معين	<input type="checkbox"/> - الابدال
○ الحيرة الشديده للاختيار بين امرين .	<input type="checkbox"/> - الايحاء
○ حالات الاعاقة .	
○ الاطفال .	
○ - حالات الاورام والازمات النفسية الشديده	
○ المرضى الذين بحاجه الى اتخاذ قرار سريع	<input type="checkbox"/> - النصح
○ - المرضى طالبي الاستشارات الاجتماعية	
○ الاطفال	<input type="checkbox"/> السلطه والاوامر
○ - اذا يوجد خطورة من تصرفات معينه لدى المريض	
○ الاطفال	<input type="checkbox"/> - التحويل
○ المنازعات الاسريه	
○ - الاسراف العاطفي المطلق	

أساليب العلاج المستخدمه مع المريض او الحالة : جدول رقم (7)

أساليب العلاج						النوع
<input type="checkbox"/> الإقراغ الوجداني	<input type="checkbox"/> المبادرة	<input type="checkbox"/> التعاطف	<input type="checkbox"/> التأكيد	<input type="checkbox"/> العلاقة المهنية	<input type="checkbox"/> المعونة النفسية	<input type="checkbox"/> علاج نفسي <input type="checkbox"/> تعديل الاستجابات
<input type="checkbox"/> الواقعية	<input type="checkbox"/> الإبدال	<input type="checkbox"/> التوظيف	<input type="checkbox"/> التشجيع	<input type="checkbox"/> الاستثارة		
<input type="checkbox"/> النقص	<input type="checkbox"/> التحويل	<input type="checkbox"/> السلطة	<input type="checkbox"/> النصح	<input type="checkbox"/> الإيحاء		
<input type="checkbox"/> التعلم	<input type="checkbox"/> تكوين البصيرة	<input type="checkbox"/> التفسير	<input type="checkbox"/> الاستدعاء	<input type="checkbox"/> الاتجاه	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> التعميم	<input type="checkbox"/> التدعيم	<input type="checkbox"/> الإقناع	<input type="checkbox"/> التوضيح	<input type="checkbox"/> التنبيه	<input type="checkbox"/> تعديل السمات	<input type="checkbox"/> علاج سلوكي <input type="checkbox"/> علاج غير مباشر <input type="checkbox"/> علاج مباشر
					<input type="checkbox"/> علاج مباشر	
					<input type="checkbox"/> علاج غير مباشر	
					<input type="checkbox"/> علاج غير مباشر	
.....						النموذج أو النظرية العلاجية المستخدمة
.....						
.....						

## ملحق بالنظريات المستخدمة في علاج الحالة .....

- 1 - التحليل النفسي Psychoanalysis :
- 2 - العلاج النفسي المساند Supportive Therapy :
- 3 - العلاج السلوكي Behavior Therapy :
- - العلاج النفسي الممركز حول المريض Client-Centered Therapy :
- 5- العلاج الاسري .
- 6- العلاج الواقعي .

### الاتجاه النفسي الاجتماعي<sup>1</sup>

الجنود التاريخية للاتجاه النفسي الاجتماعي وتطبيقاته في الخدمة الاجتماعية

يرجع الفضل الحقيقي في ابتكار الاتجاه النفسي الاجتماعي psychosocial approach إلى "ماري ريتشموند" M. Richmond (1920) حسب ما ذكرت "جوردن هاملتون" G. Hamilton (1937) وذلك في إطار تقسيمها لعملية التدخل المهني، التدخل المباشر -تأثير الإنسان على الإنسان الآخر- والتدخل غير المباشر - والذي يتم عبر البيئة الاجتماعية. وبناءً على ذلك نستطيع القول ان مفهوم التدخل النفسي الاجتماعي قد انبثق من حقل الخدمة الاجتماعية، حينما كانت "ريتشموند" تعمل في مجال الخدمة الاجتماعية الأسرية. ومن خلال التطورات الأولية والبسيطة التي شهدتها المفهوم النفسي الاجتماعي، تأثر كل من "بتسي ليباي" B. libby و "هاملتون"، بما كتبه "ريتشموند" حينما ربطت بين عملية المساعدة، وبين فهم العوامل التي تعزز الحاجة للمساعدة. فكان تأثير "ليباي" في مجال التدخل الاجتماعي. أما "هاملتون" فقد أسهمت من خلال العديد من المنشورات، ومن خلال إشرافها على كلية نيويورك للخدمة الاجتماعية. بينما جاءت مساهمة "شارلوت تاول" C. Towle في أعمالها البارزة في كلية إدارة الخدمات الاجتماعية التابعة لجامعة شيكاغو، وذلك في إثبات إمكانية استخدام التدخل النفسي الاجتماعي في العديد من مجالات الخدمة الاجتماعية. وتعتبر كل من "أنيت غاريت" A.

<sup>1</sup> عبدالعزيز الرشيد

Garret و "فلورانس داي" F. Day و "لوسيل أوستن" L. Austin و "فيرن لوري" F. Lowry و "برتا رينولدز" B. Reynolds من أبرز الذين ساهموا في تطوير المفهوم النفسي الاجتماعي، حتى أصبح اتجاه علمي عرف بالاتجاه النفسي الاجتماعي (Goldstein, 1995; Turner, 1996).

إن الاتجاه النفسي الاجتماعي خليط من المعارف غير المشتركة التي استمدت من نظريات نفسية، كنظرية الجماعات الصغيرة، والنظرية المعرفية، والنظريات السلوكية، ونظريات التحليل النفسي، ونظريات اجتماعية كنظرية الدور، ونظرية الأنساق العامة، ونظرية الأنساق الأيكولوجية، ونظرية الأسرة، ونظريات الاتصال. كما يمكن القول بأن لمفاهيم التدخل في الأزمات ملامح مشتركة في الاتجاه النفسي الاجتماعي. بل إنها - نظرية التدخل في الأزمات - قد أضفت بعض الأفكار النفسية الاجتماعية، مما أضاف آليات علاجية جديدة، بواسطة ممارسة المتخصصين للاتجاه. يضاف إلى ذلك معارف غير مشتركة استمدت من العلوم الاجتماعية، كالتطبقات الاجتماعية في المجتمع، وسلالات المجتمع، والأديان والقيم المختلفة. إن هذا الكم الهائل من المعارف الذي استفاد منه الاتجاه النفسي الاجتماعي، لم يأت دفعة واحدة، وهو ما يؤكد على انفتاح هذا الاتجاه ومرونته في الاستفادة من كل ما هو جديد في الحقلين النفسي والاجتماعي (Turner, 1987).

ولعل بداية تطبيق الاتجاه النفسي الاجتماعي كان من الساحل الشرقي للولايات المتحدة الأمريكية، وكان أول من استخدم المصطلح لأول مره "هانكنس" Hankins (1930) العضوة في مجلس كلية سميث Smith College بعد ذلك استخدم في كتابات "هاملتون" (1951). ثم أرسى الاتجاه قواعده خلال الثلاثينيات والأربعينيات، وذلك على أيدي كل من: "فلورانس هوليس" F. Hollis و "سويتون باورز" S. Bowers و "جوردن هاملتون"، إلى أن تحول مفهوم الاتجاه إلى أسلوب علاجي بفضل العاملين في مجال خدمة الفرد، حتى عرف في بعض أدبيات الخدمة الاجتماعية بالعلاج النفسي الاجتماعي psychosocial therapy. وخلال الخمسينيات من القرن العشرين استخدم الاتجاه على نطاق واسع كحلقة وصل في التفكير النفسي والاجتماعي لدى الكثير من المهتمين بالعلوم الاجتماعية. إلا أن أعمال "هوليس" كانت لها أثراً خاصاً لتحديد معالم الاتجاه كأسلوب علاجي في ممارسة الخدمة الاجتماعية (Goldstein, 1995 ; Turner, 1996).

وفي مجال الممارسة المهنية والتدخل المهني كان الاتجاه ضيق النطاق خلال الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين، إلا أنه شهد شيئاً من التوسع خلال الخمسينيات والستينيات، حيث شمل الأسر ذات المشاكل المزدوجة وجميع أشكال إختلالات الشخصية. أما ما يخص الأساليب العلاجية فقد كان من الضروري تطوير تلك الأساليب في الحالات التي يتعذر فيها وجود الحافز العلاجي على وجه الخصوص، أو عندما يكون الحافز الذاتي لدى العميل منخفضاً على الأقل، كحالات إدمان المخدرات مثلاً (Northern & Kurland, 2001).

وعن المؤلفات الأولى حول الاتجاه، نشرت "هوليس" كتابها "الاتجاه النفسي الاجتماعي في خدمة الفرد" وذلك في منتصف القرن العشرين حينما ظهرت عدة اتجاهات علاجية آنذاك. ومع الاتساع والشمول الذي شهدته خدمة الفرد لتتضمن

جميع نماذج التدخل المباشر، كالعامل مع الأزواج والأسر والعمل مع الجماعات الصغيرة، أدى ذلك كله إلى اتساع نطاق الاتجاه النفسي الاجتماعي، كما انعكس ذلك في كتابات "هوليس" المتأخرة (Turner, 1996).

#### مدخل

تشير الدراسات إلى وجود جذور عميقة وضاربة في تاريخ الخدمة الاجتماعية لمصطلح "النفسي الاجتماعي". وعلى الرغم من أنه مصطلح شامل، إلا أنه أصبح في السنوات الأخيرة مصطلحاً محدداً ومرتبئاً باتجاه معين لتجربة الخدمة الاجتماعية، مما أكسبه ميزة الخصوصية بالنسبة لمهنة الخدمة الاجتماعية بشكل عام، وللخدمة الاجتماعية العلاجية بشكل خاص. وعند تطبيق هذا المصطلح نجد أنه يشير إلى إطار النظرية التي تؤكد الحاجة إلى الدراسة المزدوجة والمتكاملة للإنسان النفسي والإنسان الاجتماعي؛ أي علاقة الإنسان بنفسه، وعلاقة الإنسان بالأشخاص الآخرين، وعلاقته داخل النظام الاجتماعي (Turner, 1996).

فالاتجاه النفسي الاجتماعي ينطلق من قاعدة تدعو إلى التوازن السليم، بين الإنسان وبيئته الاجتماعية، على أنه - الإنسان - كائن نفسي اجتماعي في ذات الوقت. وأصبحت نقطة العبور لهذا الاتجاه هي فهم الإنسان ونموه وتطوره والتفاعل بينهما. وعلى ضوء هذه النقطة، فإن أسس المعرفة للممارسة مستمدة من المكونات البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وهذه المكونات مرتبطة بفهم التفاعل الواقع بين مجموعة من النظم التي يمارسها الإنسان، أو يشارك فيها. وبناءً على هذه المعرفة تطورت المهارات في الممارسة العلاجية والمساعدة بشكل منهجي وفقاً لهذه الرؤية مع الأفراد والجماعات (Turner, 1996). ويمكن القول أن الاتجاه النفسي الاجتماعي من حيث المبدأ، معني بالكثير من التركيز والتمحيص في الواقع النفسي للإنسان، والتفاعل الاجتماعي الذي يعيشه، وتفاعله مع من حوله. ويدعو الاتجاه إلى فهم لقواعد التحليل النفسي، وذلك لكي يتمكن المعالج من التعامل مع القوى النفسية. فيستطيع أن يضع يده على مواطن الخلل. الأمر الذي يؤدي إلى وضع خطة علاجية ناجحة للعملاء. والدعوة إلى فهم قواعد التحليل النفسي، مردها أن الاتجاه يعود بجذوره الأولى إلى نظرية التحليل النفسي لعالم النفس الشهير "سيجمند فرويد" S. Freud.

ويعتبر المدخل النفسي الاجتماعي من المداخل الشائعة، والقوية في حقل الخدمة الاجتماعية، نظراً لمرونته في التعامل مع نطاق واسع من حاجات العملاء، بغض النظر عن العوامل السببية التي قد لا تعرف، أو قد تكون إحدى الاعتبارات في مساعدة العملاء في الخدمة الاجتماعية (Achenbach, 1995). ومن خلال تجربة العلاج يتضح بأنه نظام فكري يؤكد على أهمية النمو والتطور الصحي للإنسان، ولهذه الفكرة هدف توجيهي هو تحديد الظروف المثلى للنمو والتطور

البشري. وهي أيضاً بمثابة اتجاه تفاؤلي أساس بالنسبة لحالة الإنسان، من المنظور الواسع لإمكانياته وقدراته، حيث تحوله من الحرمان التام في مواجهة المواقف إلى القدرة على التقدم والتطور (Turner, 1996).

ولأن الفرد في حالة تفاعل وتعامل مستمرين مع المحيطين به فإن مصطلح "الفرد في الموقف" -personal-in-situation قد أعطي مفهوماً خاصاً لحصر الإطار الكلي للفرد أثناء تفاعله. إلا أن التحول الذي شهدته الخدمة الاجتماعية خلال عقد الستينيات الميلادية من القرن العشرين، نحو مصطلح "الفرد في البيئة" -personal-in-environment يقدم نظرة شمولية أكثر موائمة مع منظور الاتجاه النفسي الاجتماعي.

أما التشخيص في العلاج النفسي الاجتماعي فيتطلب ضرورة تشخيص الموقف بكامله، لذا يسمى الاتجاه لدى البعض بـ "المذهب التشخيصي". ولكونه يركز على تشخيص وضع العميل النفسي والاجتماعي، في الممارسة المهنية فقد سمي بـ "المدرسة التشخيصية" (Turner, 1996).

من العرض السابق يتضح بأن الاتجاه النفسي الاجتماعي يدعو إلى تعزيز الأداء النفسي الاجتماعي، مع تأكيده على أهمية العلاقات المتشابكة بين مجموع القوى النفسية والاجتماعية. وكذا التفاعل القائم بين الفرد والجماعة التي ينتمي إليها. كما يؤكد على أهمية الفرد الذي هو جزء من الجماعة، وفهم الجماعة التي هي جزء من النظام الواسع من المجتمع. كما يدعو الاتجاه إلى صون كرامة الفرد، فهو يربط الفرد بحالته الوضعية وعلاقاته وبدوره في الحياة؛ وأنه لا بد وأن يمتلك الفرصة التي تسمح له بانتقاء قدراته الإنمائية، بالطرق التي تتناسب مع إمكانياته، والتي بدورها تلعب دوراً إيجابياً في بناء المجتمع. أما على مستوى الجماعة فالالاتجاه يحافظ على وحدة الجماعة وترابطها كوحدة قائمة بذاتها.

## الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها الاتجاه

### أولاً/ شخصية الإنسان:

لقد وجد الاتجاه النفسي الاجتماعي من نظرية التحليل النفسي مصدراً مهماً لفهم شخصية الإنسان حيث تنقسم شخصية الإنسان وفقاً لتلك الرؤية إلى:

(أ) الأنا ego التي هي ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي جميع العمليات النفسية الشعورية (الشعور). أما اللاشعور فهو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي جميع العمليات النفسية اللاشعورية ويسمى (الهو). أما ما قبل الشعور فهو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يقع في مكان متوسط بين القسمين السابقين. وتؤدي الأنا (الذات) وظيفة تصور الإنسان نحو نفسه، كما أنها مسؤولة عن إدارة وتنفيذ السلوكيات (Barker, 1999).

(ب) هو id وتعني الطبيعة الحيوانية للإنسان التي تنادي بإشباع الرغبات والدوافع، وفقاً لمبدأ اللذة، وغالب هذه الرغبات والدوافع مكبوت منذ الصغر لكونها محظورة وتعيش في إطار اللاشعور، ولا صلة لها بالمجتمع (Barker, 1999).

(ج) الأنا الأعلى (الأنا المثالي) super ego التي هي الناتج عن أقوى الدوافع وأهم تقلبات الطاقة النفسية (الهو). وتنشأ الأنا الأعلى نتيجة عاملين أحدهما بيولوجي والآخر تاريخي، يحدث في فترة الطفولة من جراء الاعتماد على الغير. وتؤدي الأنا العليا وظيفة الضمير الذي يحتوي على جملة القيم، والمعايير، والمبادئ الأخلاقية التي يحكم بها الفرد دوافعه وسلوكياته وفقاً لما رآه الإنسان وتعلمه مع مراحل النمو منذ الطفولة سواء بواسطة والديه أو المحيطين (Barker, 1999).

### ثانياً/ البيئة الاجتماعية:

البيئة الاجتماعية هي الأسرة والحي والأصدقاء والأقارب والمدرسة والعمل والظروف الاقتصادية ومؤسسات المجتمع المختلفة والثقافة العامة. وتؤدي البيئة الاجتماعية وظيفة تتمثل في إتاحة الفرصة للأفراد لإشباع حاجاتهم البدنية والنفسية والاجتماعية.

فالتكيف والتوافق والتأقلم من المطالب الأساسية للإنسان، والتي تعد محصلة للتوازن بين الفرد والبيئة، فالأنشطة المنظمة في حاجة إلى التعامل مع البيئة، مع ضرورة وجود ما يسمى بالموازنة والضبط بين الفرد والبيئة المحيطة به حتى يستطيع إشباع حاجاته. ولهذا فإن الموازنة والتكيف عمليتان اجتماعيتان متلازمتان، فإذا نجحت عملية التكيف تحققت عملية الموازنة، وإذا نجحت عملية الموازنة تحققت عملية التكيف. وبالتالي أصبح هناك نقطة التقاء بين الفرد والبيئة، مما يؤدي إلى



إشباع حاجات الإنسان. أما إذا فشلت عملية التكيف فإن الفرد لا يستطيع الموازنة مع البيئة. وعليه يكون الفرد في صراع مع البيئة مما يحول دون إشباع حاجاته (Barker, 1999).

وعلى الجانب الآخر ينظر الاتجاه النفسي الاجتماعي إلى البيئة على أنها إما مانحة للفرص ومحفزة على استغلالها، أو حارمة ومحبطة لرغبات وطموحات الأفراد. ويبدو ذلك للعيان ليس في الماديات فقط كالطعام والشراب والسكن والعمل وغيرها؛ بل أيضاً في المعنويات المتمثلة في الجوانب النفسية والاجتماعية التي يفرزها تفاعل أفراد المجتمع فيما بينهم. على أن البيئة هي المحددة لنمط التفاعلات وهي المانحة لفرص إقامة العلاقات.

ولرسوخ مفهوم البيئة في إحداث المشكلات ظهر مصطلح العلاج البيئي الذي يسلط الضوء على آثار القوى البيئية في شخصية العميل، وبالتالي يتطلب العلاج إحداث تعديل في البيئة المحيطة بالعميل.

### ثالثاً/ التوازن بين الإنسان والبيئة:

إن توازن شخصية الإنسان - أي إنسان - مرهون بتوازن القوى الثلاث (الأنا) و (الأنا العليا) و (الهو)، والتي بدورها ترتبط بالبيئة الاجتماعية التي عاش فيها الإنسان منذ المراحل الأولى من الطفولة ارتباطاً وثيقاً. مما يؤكد على الحاجة إلى التوازن بين شخصية الإنسان والبيئة الاجتماعية. ولكي ينجح الأخصائي الاجتماعي في تطبيق هذا الاتجاه لابد له من فهم سيكولوجية الذات لأن الأداء الخاطئ للذات وللذات العليا سيولد مشكلة سوء توافق للإنسان. ويتمثل الأداء الخاطئ للذات في قصورها عن القيام بأحد وظائفها أو عدم قدرتها على إيجاد التوازن بين الشخصية ككل وبين البيئة التي يعيش فيها الإنسان. أما الأداء الخاطئ للذات العليا فيتمثل في فشل الذات في الفصل بين ما هو صواب وما هو خطأ، من وجهة نظر البيئة التي يعيش فيها الإنسان.

يشير "فروم" Fromm كما أشار "فرويد" من قبل، إلى أن الشخصية تتكون من السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة التي يتميز بها الفرد عن غيره، ويؤكد على أن الأسرة لها دور حيوي في تشكيل وتنمية شخصية الطفل. كما يرى "ادلر" Adler أن السلوك الإنساني لا يتحرك فقط بمفعول الغرائز الفطرية، بل يرى أن المواقف الاجتماعية تؤثر أيضاً في السلوك الإنساني، كما يرفض التسليم بضعف الفرد، علاوة على رفضه القاطع بسيادة العامل الجنسي. أما "سوليفان" Sullivan فيذهب إلى أن دينامية (الذات) ذات دور بارز ومهم في تشكيل السلوك الإنساني وتنظيمه، فضلاً عن دورها في تحقيق الحاجة إلى القبول والتقبل. ويعرف الشخصية بأنها كيان فرضي لا يمكن عزلها عن التفاعل الاجتماعي (Levy, 1970). كما أوضح "نيومن" Newman أن الإنسان عبر مراحل حياته يرتبط بحاجات نفسية واجتماعية معاً بدءاً من المراحل الأولى للطفولة وحتى المرحلة المتأخرة من الشيخوخة (Newman & Newman, 1999).

والمشكلات وفقاً لمفهوم التوازن هي نتيجة تفاعل العوامل الشخصية مع ظروف البيئة الاجتماعية. فلكل شخص وظيفة اجتماعية يؤديها من خلال العلاقات الشخصية المتبادلة. فإذا كان هناك خلل في التفاعل بين الطرفين فسيكون هناك

مشكلة. فالفرد يتفاعل مع البيئة حسب فهمه لعناصرها وإدراكه الحسي لها، لذا فإن خبراته السابقة، خلال مراحل حياته، قد تزوده بأفكار ومشاعر خاطئة تتعارض مع ما يتوقعه الآخرون. كما تتفاعل البيئة مع الإنسان من خلال ما تمليه عليه من قيم وعادات وتقاليد ثقافية قد تتسجم مع جوانب شخصية الفرد وقد لا تتسجم، فيظهر عدم الانسجام في شكل سلوكيات وتصرفات خاطئة.

#### رابعاً/ العلاج النفسي الاجتماعي:

يبنى الاتجاه النفسي الاجتماعي إطاره العام على الجانبين النفسي والاجتماعي وذلك منذ بدء العلاقة المهنية بين المعالج والعميل. ولا تتقطع هذه الرؤية أو تختفي حتى نهاية المراحل الأخيرة من العلاج والتي هي عبارة عن تقييم نهائي للموقف.

وهدف الرؤية النفسية الاجتماعية، التي هي بمثابة نقطة الانطلاق للاتجاه، الوصول إلى علاج نفسي اجتماعي يبدأ باشتراك كل من المعالج والعميل لوضع خطة العلاج. ومع بدء التدخل المهني يُعطى التقييم قدرًا من الاهتمام الذي يُراعى فيه الأخذ في الاعتبار ما يضاف بصفة مستمرة من المعلومات الجديدة عن العميل والموقف، والتي تستوجب إجراء تغييرات على خطة العلاج، من أجل الوصول إلى الهدف النهائي الذي هو معالجة العميل أو إصلاح الموقف من الناحيتين النفسية والاجتماعية (Barker, 1999).

يركز الأخصائي الاجتماعي في العلاج النفسي الاجتماعي على العلاقات الشخصية والمجتمعية، وما تنتجه من مشكلات، إضافة إلى المشكلات الشخصية التي يعاني منها العميل ذاته. ويتمثل التدخل المهني في تعبئة الموارد المتاحة لإيجاد موارد أخرى جديدة تستخدم من قبل الفرد والجماعة والأسرة والمجتمع، بهدف تعديل الشخصيات والسلوكيات وتحسين الأداء العام في المواقف الشخصية والاجتماعية في إطار نمط الثقافة السائد في المجتمع (Turner, 1996).

#### أهداف الاتجاه النفسي الاجتماعي

1. مقابلة حاجات العملاء الاجتماعية وتقوية قدراتهم الذاتية.
2. تحسين قدرة العملاء على الفهم.
3. تطوير سلوكيات العملاء لتحقيق الأداء الأمثل.
4. التقليل من القلق ومن ضعف الثقة في الذات والحد من الصور الخاطئة عن الذات.
5. تطوير القوى الذاتية لتؤدي وظائفها في التعامل مع المشكلات وفي تحمل المسؤوليات.
6. إيجاد نوع من التوازن بين الإنسان والبيئة، من خلال فهم ذات الإنسان، والأحداث الاجتماعية الأخرى.

7. تحقيق الاتصال والتفاعل الجيد بين الفرد والبيئة الاجتماعية.
8. منح العملاء التفاوض المطلوب نحو فكرة النمو الذاتي والقدرة على التطور في المحيط الاجتماعي.
9. تحسين الأداء الاجتماعي للعملاء مع تطوير القوى الذاتية للاستجابة السليمة مع المواقف المختلفة.
10. إحداث تغييرات مقصودة في شخصية العميل أو في الظروف البيئية المحيطة أو فيهما معاً.

### مراحل تطبيق الاتجاه النفسي الاجتماعي

#### **المرحلة الأولى/ بناء العلاقة المهنية:**

يبدأ تطبيق الاتجاه بعد تحديد المشكلة وبناء العلاقة المهنية، حيث تعد العلاقة المهنية خط التواصل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل وهي الأساس الذي من خلاله تتم عملية المساعدة. وللعلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل أهمية قصوى. فإذا كانت العلاقة العادية بين الناس ذات أهمية للنمو والأداء الوظيفي، فإنها تبدو كذلك في الاتجاه النفسي الاجتماعي، بل ربما أنها ذات طابع خاص هنا لارتباطها بعملية مساعدة لها ضوابطها وأخلاقياتها. وفي الاتجاه النفسي الاجتماعي من الأهمية بمكان فهم أنماط الارتباط لكل حالة، حتى يمكن تجنب صعوبات قد تطرأ وتحويل دون استمرار العلاقة. وعلى الممارس المهني أن يكون واعياً لردود أفعال العملاء حتى تتم، ثم تستمر عملية المساعدة في الطريق الصحيح. وتلعب طبيعة العلاقة المهنية المبكرة دوراً هاماً في تحديد معالم الموقف المتوقع على قوة، ومتانة العلاقة المهنية. وفي الغالب يكون لإشراف الأخصائي الاجتماعي وإرشاداته أهمية كبيرة في تضمين الموضوعية التي من المفترض أن تتسم بها العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل (Turner, 1987).

#### **المرحلة الثانية/ جمع المعلومات:**

تبدأ دراسة حالة العميل بالبحث والتعرف على مواطن الخلل النفسي والعوامل الاجتماعية والنفسية المؤدية إلى تفاقم المشكلة، وذلك من خلال دراسة التاريخ الاجتماعي والنفسي لحالة العميل، بعد ذلك يبدأ الأخصائي في العملية الحساسة والمهمة وهي عملية الربط بين العوامل النفسية والاجتماعية (Thomas , 1995).

فمن مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الممارس للاتجاه النفسي الاجتماعي مساعدة كل من العميل وجوانب البيئة الهامة ذات العلاقة بالموقف أو بالعميل، وعلى ذلك يكون لكل موقف متطلباته من المعلومات اللازمة لتحقيق عملية المساعدة. ففي بعض الحالات يكون المعالج في حاجة إلى قدر بسيط من المعلومات عن العميل لتحقيق عملية المساعدة. وفي حالات أخرى يتطلب الأمر معلومات وتفاصيل كثيرة فقط لتحقيق عملية التقدير أو التشخيص. أما في الحالات التي تتطلب التركيز على الحاضر أو التي تتطلب علاجاً موجزاً، فهي تتطلب معلومات هامة ومختصرة في ذات الوقت، مع تقليل النظر في الجوانب التاريخية. ما عدى ذلك، وفي غالبية المواقف، فإن معرفة عناصر محددة من تاريخ العميل، يُعد أساسياً لفهم الحاضر من قبل المعالج والعميل وتقديم المساعدة المناسبة (Turner, 1987).

إن جمع المعلومات ليس هدفاً بحد ذاته وإنما هو وسيلة لتحقيق عملية المساعدة بواسطة الأخصائي الاجتماعي. فالمعلومات تسهل عملية فهم الواقع وتقدم مؤشراً لقرار الأخصائي الاجتماعي حول طبيعة المشكلة وخطة العلاج المبنية على عملية التقدير.

### المرحلة الثالثة/ التقدير:

عملية التقدير تتطلب من الأخصائي الاجتماعي جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات ثم ربطها وتحليلها، حيث أن التقدير في الاتجاه النفسي الاجتماعي لا يشترط أن يقوم العميل بتقديم ذلك الكم من المعلومات حول ذاته. وبما أن عملية التقدير عملية معقدة تتطلب مهارات مهنية أثناء الممارسة فالممارس للاتجاه النفسي الاجتماعي في حاجة إلى فهم خاص للجوانب التالية:

- 1- بناء شخصية العميل.
  - 2- نمط الحياة الأسرية.
  - 3- الموروث الثقافي.
  - 4- الطبيعة البيولوجية.
  - 5- الأحداث الهامة والمؤثرة في حياة العميل والجوانب الهامة من البيئة والحياة البيئية.
- هذه الجوانب الخمس تحتاج إلى فهم ليس بشكل منفرد أو مجزأ وإنما بشكل يوضح تأثيرها في العميل والطرق التي تتفاعل فيها لتؤثر في الأداء الحالي للعميل. كما أن عملية التقدير تتطلب معرفة طموحات العميل أو ما يريد إنجازه من خلال عملية المساعدة (Turner, 1996).

إن فهم نظام العلاقات الاجتماعية الداخلية وتأثيراتها المحتملة على العملاء واحدة من الاعتبارات التي يفترض أن يفهمها ويتنبه لها الممارس المهني. يضاف إلى ذلك فهم البيئة التي يعيش فيها الناس والنظام السياسي، ثم معرفة مدى مساعدة أو إعاقة تلك الأنظمة لتحقيق الناس لأهدافهم الذاتية وإنجازهم لطموحاتهم (Turner, 1987).

وبما أن عملية التقدير تتطلب تحديدا دقيقا لأبعاد الموقف وفهم حالة التفاعل الاجتماعي مع البيئة -كما أن أسباب المشكلة عادة ما تكون أسباب مركبة- فإن الاتجاه النفسي الاجتماعي يدعو إلى فهم ديناميكية التفاعل بين الأبعاد المركبة من الجوانب الأخرى وفهم للاستجابة الذاتية من خلال فهم الشخصية اعتماداً على وظيفة الذات والقوة التي تعمل بها كقوة توازن بين الحاجات والدوافع.

وطبقاً للاتجاه النفسي الاجتماعي فإن هناك أسلوباً آخر من أساليب التشخيص هو الذي يبحث عن الأسباب الماضية، ذلك أن الماضي يعتبر هاماً فقط باعتباره مازال حياً في الحاضر. على أن الماضي لا يمكن أن يتغير، ولكن يمكن تغيير الأساليب الحالية لأداء الوظيفة الاجتماعية.

والقدير يكشف عن مواطن العجز والقصور والضغط الكامنة في البيئة، ويوضح مناطق التفاعل المتتالية المؤلمة وغير المجدية، كما يكشف عن موقع الضعف في الذات، مما يساعد على تخطيها من جانب، وزيادة قدرة العميل على تحمل المسؤولية لحل مشكلته من جانب آخر. أما عوامل الضغط من البيئة فقد تتطلب أحياناً تدخلاً مباشراً.

#### المرحلة الرابعة/ التدخل المهني:

الأخصائي الاجتماعي يمكن أن يمارس الاتجاه النفسي الاجتماعي مع العملاء بشكل منفرد (حالات فردية) أو مع الأزواج أو الأسر أو الجماعات الصغيرة؛ إضافة إلى الممارسة مع من له علاقة بالعمل كالأُسرة والأقارب والأصدقاء أو حتى معالجين آخرين يمكن تسخيرهم أو الاستفادة منهم في التدخل المهني (Turner, 1987).

الممارسة المباشرة مع العملاء باستخدام الاتجاه النفسي الاجتماعي تتطلب جهداً مكثفاً أثناء التدخل المهني، إذ لا بد من التيقظ والاهتمام والفهم من قبل المعالج للبناء الشخصي للعميل، كما أن الاستغراق في ماضي العميل ليس ضرورياً، بل ربما يضر بالعملية العلاجية. والشيء الذي يؤكد عليه خلال التدخل المهني هو الوعي لكل ما يحيط وله علاقة بموقف العميل، بما في ذلك العمل المباشر مع العميل ذاته لتقدير التأثيرات الواقعة عليه ثم التخطيط لوضع استراتيجية علاجية مع العميل يتفق الطرفان -المعالج والعميل- على أهدافها وعلى طريقة تنفيذها. وهذا الأسلوب من التدخل المهني يظهر مدى كفاءة الممارس المهني الإكلينيكي في اختيار ذلك الأسلوب الذي يتطلب كماً من المعارف حول الصحة النفسية وصعوبات الوظيفة الشخصية، ثم المهارة في إظهار مدى حاجة العميل نحو التغيير. وأخيراً إشراف المعالج وتوجيهه للعميل بالطرق المناسبة (Turner, 1987).

خلال عملية التدخل المهني على المعالج أن يدرك قوى وحدود كل عميل وكل موقف، ذلك أن نمو وتطور كل فرد يتأثر بعوامل كثيرة. ولكي نفهم الناس بالشكل الصحيح أو حتى القريب من الصواب، لا بد من فهم بيئاتهم وتأثيراتها وكل ما يتعلق بهما البيئة والناس. وبناءً على ذلك يتمثل هدف العلاج في تحقيق تدخل مناسب يضمن علاج ناجح لذات العميل ولظروفه الاجتماعية والترابط بينهما (Turner, 1987).

إن عملية المساعدة رغم تعقدها وعدم وضوحها، وهذا بطبيعة الحال ليس غريباً في العلوم الإنسانية، إلا أن المساعدة تكون فعالة أو غير فعالة وفقاً لمناسبة التدخل المهني مع المواقف التي تمتاز باختلافها وتعقدها هي الأخرى. هذه النقطة لا بد أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل المعالج تجنباً لحدوث انقسام ثنائي بين الأنشطة المباشرة والخدمات المحددة التي يحتاجها العملاء. بعض العملاء يكونوا في حاجة إلى أنشطة مباشرة فقط، التي هي الخدمات الملموسة، المتمثلة في المساعدات والمعونات، في حين أن البعض الآخر في حاجة إلى خدمات محددة تتطلب وعياً من قبل المعالج، ثم فهما خاصاً لبناء شخصية العميل، وأخيراً معرفة بكيفية التعامل مع العميل. لذلك يكون تقدير قيمة العلاج مبني على النظر إلى الموقف وإلى الممارسة مع العميل بشقيها النفسي والاجتماعي (Hollis & Woods, 1999).

### مهام الأخصائي الاجتماعي في الاتجاه النفسي الاجتماعي

أشارت "هوليس" (Hollis, 1972) إلى أن هناك مجموعة من الأدوار التي يقوم بها الممارس المهني خلال عملية تقديم المساعدة، منها:

#### **(1) دور مقدم الخدمات:**

في كثير من الحالات يكون العملاء في حاجة إلى خدمات محددة تكون في متناول الأخصائي الاجتماعي، بمعنى أنها تكون ضمن نطاق الخدمات التي تقدمها المؤسسة، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بتزويد العميل لما يحتاج إليه متى توفر عنصرين (أ) أن تثبت الدراسة التي قام بها الأخصائي الاجتماعي حاجة العميل إلى هذه الخدمات. (ب) توفر الشروط الضرورية للحصول على هذه الخدمات.

#### **(2) دور مدير الحالة:**

إن إدارة الحالة في الخدمة الاجتماعية من أهم عناصر نجاح خطة العلاج، من خلال هذا الدور يمارس الأخصائي الاجتماعي عدة مهام كمهام التنسيق، والتخطيط، والتنظيم، والإشراف ومهام أخرى، وهي عمليات في غالبيتها إدارية بحتة كالتنسيق بين الأنشطة المقدمة للعميل والتنسيق بين المهنيين العاملين في المؤسسة والتنسيق الخارجي بين المنظمات والمؤسسات في المجتمع.

### (3) دور المدافع عن حاجات العميل:

في هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بالمدافعة عن حاجات العميل لدى الأسرة أو المؤسسة أو المجتمع الخارجي. يعد هذا الدور بمثابة الدور القانوني الذي يستند إلى لوائح أو أنظمة وقوانين، وعلى ذلك توفر حاجات العميل أو يدافع عن حقوق العميل المشروعة بقوة القانون أو النظام سواء النظام الاجتماعي أو النظام الإداري أو السياسي أو القانوني.

### (4) دور الوسيط:

يتمثل دور الأخصائي الاجتماعي هنا في التدخل في الخلافات أو المنازعات التي يكون العميل فيها طرفاً، وذلك بهدف إيجاد حل أو اتفاق بين العميل والطرف الآخر أو الأطراف الأخرى.

### (5) دور الموجد:

يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور الموجد أو الموفر لحاجات العميل سواء كانت حاجات ذاتية كالتفريغ الذاتي الوجداني أو التشجيع والدعم الذاتي وما شابهها، أو كانت حاجات اجتماعية، سواء في محيط الأسرة أو في محيط المدرسة أو العمل أو في محيط البيئة بشكل عام.

### (6) دور المفسر:

العملاء في حاجة إلى تفسير بعض الجوانب الغامضة في الموقف، هذه الجوانب ربما تتصل مباشرة بالعملاء وقواهم الداخلية، وربما تتصل بالمحيط الخارجي كالبئية أو الأشخاص الآخرين.

### (7) دور المنسق:

يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة العميل في التعرف على الخدمات المتوفرة في المجتمع واكتشافها ثم الاتصال بهذه الخدمات التي يكون العميل في حاجة إليها. واتصال العميل بتلك الخدمات سيحقق ويعزز عملية تبادل المنافع بين المجتمع والأفراد في القطاعات المتنوعة.

### (8) دور المعلم:

يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعليم العملاء كيفية المبادرة ثم المساهمة في حل مشكلاتهم بالأسلوب الصحيح. كما أن تعليم العملاء بعض السلوكيات والمهارات يعد دوراً تعليمياً يقوم به الأخصائي الاجتماعي لمعالجة بعض الجوانب النفسية من الموقف، أو من المشكلات التي يعاني منها العملاء.

### الأساليب العلاجية المستخدمة في الاتجاه النفسي الاجتماعي

أوجز "ترنر" (Turner, 1996) خطوات التعامل المباشر مع العملاء في النقاط التالية:

1. الخطوات المساندة (التدعيم والتأييد والمساعدة).
  2. خطوات التأثير المباشر (الإيحاء والنصيحة).
  3. خطوات المناقشة والوصف والاستكشاف (التفيس الوجداني).
  4. الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي للموقف الحالي.
  5. الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي لأنماط الشخصية والتصرفات.
  6. الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي للماضي وأثره على الموقف الحالي.
- ومن الأساليب العلاجية التي لا يستغني عنها الأخصائي الاجتماعي الممارس للاتجاه النفسي الاجتماعي ما يلي:

### (أ) أسلوب التوضيح:

يعتبر أسلوب التوضيح من الأساليب الأساسية المستخدمة في العلاج النفسي الاجتماعي، حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي على مساعدة العميل لرؤية معانٍ جديدة في تجاربه، بحيث يبصر العلاقات الجديدة ويكتسب فهماً جديداً للمعاني الداخلة في عوارض السلوك البشري وإدراك المشاعر الذاتية والدوافع اللاشعورية. ويمارس الأخصائي الاجتماعي أسلوب التوضيح في العلاج النفسي الاجتماعي إما لتفسير شيء غامض لدى العميل أو لتصحيح شيء خاطئ، أو لتقديم معلومة جديدة، خصوصاً في جانب العلاقات والاتصال كعلاج بيئي. ويشمل جانب العلاقات والاتصال علاقات العميل مع الأخصائي الاجتماعي ومع الآخرين كالأُسرة والأصدقاء والأقارب وغيرهم من الأفراد في البيئة والمحيط الاجتماعي.

### (ب) أسلوب النقل أو الإبدال:

ويقصد بهذا الأسلوب تبديل شيء بشيء آخر، ويعتبر من أهم القوانين التي تخضع لها العمليات النفسية اللاشعورية، فهو ميكانيزم دفاعي يستخدمه الأخصائي الاجتماعي لتحويل أفكار ومشاعر ورغبات العميل إلى أفكار ومشاعر ورغبات



أخرى أكثر قبولاً، أو يمكن تحقيقها. وتبدو أهمية أسلوب النقل من كونه يتمتع بقدره على تعزيز أداء العميل، على اعتبار أن العميل يكون أكثر قابلية للتأثير في إطار حالة انتقالية ما.

### (ج) أسلوب الدعم:

يعتبر دعم أداء (الأنا) أثناء العلاج حائلاً دون المزيد من التدهور في شخصية العميل، كما يساعد هذا الأسلوب على استعادة أكبر قدر ممكن من قدرات العميل لتأمين حالة من الاستقرار والتكيف لدى العميل. كما يستخدم الدعم في تعديل سلوك خاطئ أو مرضي. إضافة إلى استخدام الجانب البيئي من خلال الدعم بواسطة خدمات المؤسسات والمهنيين والأشخاص الآخرين في المجتمع.

### (د) أسلوب التمكين:

العملاء في حاجة إلى الخروج من المواقف التي يعانون منها خصوصاً حينما ترتبط مواقفهم بمشكلات نفسية-اجتماعية. ومن خلال هذا الأسلوب يستخدم الأخصائي الاجتماعي مهاراته في التعاون مع العميل لأجل كسر حدة المشكلة والخروج من الموقف أو الأزمة. وهذا الأسلوب يعطي قدراً من الاهتمام للجانب البيئي من الموقف بحيث يعالجه أو حتى يتعامل معه. فمن الجانب البيئي يقوم الأخصائي الاجتماعي بتمكين العملاء من الموارد عن طريق التمويل أو الاكتشاف أو صنع الموارد التي يحتاجها العملاء.

كما يقتضي التمكين تقوية الجانب الذاتي في العميل، المتمثل في تحقيق التنفيس الوجداني، وغرس الأمل في العميل، والاعتراف بمشاعره، وتقوية مصادر القوة فيه، لأجل مواجهة الموقف بالطرق السليمة. واستخدام الوسائل الصحيحة في حل المشكلة القائمة في ظل خطة العلاج الموضوعية سلفاً والمحتوية على أهداف العلاج ووسائل تحقيقه.

### تعليق ختامي

المتتبع للنظريات الأولى للخدمة الاجتماعية قد لا يجدها خرجت من متن المهنة نفسها كما هو الحال مع الاتجاه النفسي الاجتماعي، ومع ممارسة الاتجاه ازدادت الكتابات عن تجارب ممارسته في حقول متعددة من حقول الممارسة المهنية، بما في ذلك ممارسته العميقة والمتطورة باطراد في المجال الطبي. لقد تضمن الاتجاه نطاقاً واسعاً من قضايا النمو الصحي والفسولوجي، وذلك راجع إلى التفاعل الواضح بين الصحة من جانب والشخصية والبيئة من جانب آخر؛ وفي نهاية المطاف انعكس ذلك على الأداء الأمثل الذي ميّز الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي حينما تبنوا الاتجاه النفسي الاجتماعي

في ممارستهم المهنية. كما أن هناك مجالات أخرى راج استخدام الاتجاه فيها كمجال العمل مع المسنين ومجال الأمراض العقلية ومجال الاعتماد على العقاقير ومجال الرعاية والتأهيل والمجال الأسري ومجالات حيوية أخرى، بالإضافة إلى كتابات حديثة تعكس جدوى الاتجاه مع العملاء الموشكين على الموت (Turner, 1987).

رغم أن الاتجاه النفسي الاجتماعي نشأ بداية في طريقة خدمة الفرد إلا أنه وبحق قد أمتد نطاق ممارسته ليشمل جميع طرق العلاج. يستطيع الممارس المهني أن يمارس هذا الأسلوب العلاجي وبكفاءة، في جميع طرق الخدمة الاجتماعية، بل إن الاتجاه بهذه الميزة أو الخاصة قد دعم فكرة الممارس المتخصص، الذي يستطيع أن يمارس الخدمة الاجتماعية بطرقها المتعددة، وهو ما يختلف عن فكرة الممارس العام. وهذا لا يعفو عن القول بأن الأخصائي الاجتماعي الممارس للاتجاه بالطرق المتعددة في حاجة إلى مهارات خاصة لكل طريقة. فمن مسؤوليات الممارس المهني أن يفهم خواص وأبعاد كل طريقة وكيف تنتمي إلى حاجات وقيم وطموحات وقدرات العملاء (Turner, 1987).

لقد أثبت الاتجاه فاعليته من خلال الممارسة المهنية، كما أثبت أهليته من خلال الكتابات الأدبية عنه كنموذج علاجي يمكن أن يمارس مع الأسر والأزواج والجماعات فضلاً عن فاعليته الملحوظة مع الأفراد. ففي الاستفتاء الذي أجرته الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين (1982) أشار حوالي 93% من الممارسين الإكلينكيين بأن الاتجاه النفسي الاجتماعي هو الموجه الأول لممارستهم المهنية مع العملاء. لقد قدم الاتجاه النفسي الاجتماعي طريقاً واضحاً في ممارسة الخدمة الاجتماعية فضلاً عما قدمه للخدمة الاجتماعية بشكل عام. إنها مدرسة تفكير تحتاج إلى قدر من الولاء من لدن الممارسين المهنيين لزيادة فاعلية خدماتهم. لقد أخذ مصطلح (النفسي الاجتماعي) قدراً كبيراً من الأهمية منذ النصف الثاني من القرن العشرين، كما أصبح مصطلحاً ذو انتشار واسع في أفكار وفي كتابات المتخصصين في الخدمة الاجتماعية، إضافة إلى ذلك استخدم من قبل غير المتخصصين في الخدمة الاجتماعية ولعل أقرب مثال على ذلك ورود المصطلح في الطبعة الثالثة من القاموس الأمريكي للطب النفسي والصحة النفسية (Turner, 1987).

ومن الأشياء الأساسية التي لا يستغني عنها الاتجاه، قضية اختبار المعارف وتجديدها، والذي يتأتى مع الأبحاث العلمية التجريبية. والشيء السار هنا هو أنه ومنذ العقد السادس من القرن العشرين والاتجاه يأخذ نصيباً جيداً من المشروعات البحثية التي تختبر الصالح والمستخدم من نموذج "هوليس" في العلاج الفردي. لقد صُممت بعض الأبحاث لتدرس جوانب مقننه من الاتجاه أثناء الممارسة، مما كان له مردوداً إيجابياً في إثراء القاعدة المعرفية للاتجاه (Goldstein, 1995).

لقد أسهم الاتجاه النفسي الاجتماعي في تطوير ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من خلال التزام الاتجاه بالإطار المعرفي التقليدي للمهنة، في الوقت الذي بنا فيه الاتجاه بعض المعارف الجديدة المستندة على تلك المعارف التقليدية. ومن المتوقع أن يتزايد قدر وأهمية الاتجاه مع تزايد الأبحاث التي ستحاول اختبار جوانب متعددة من الاتجاه ومفاهيمه. كما يتوقع نفس الشيء مع تزايد المقالات المنتظرة من الممارسين المهنيين ليكشفوا عن الإفادة من الاتجاه في المجالات الجديدة من الممارسة، مع التعريف بجوانب القصور في المجالات التي يمارسون فيها (Goldstein, 1995).

أخيراً.. هناك بعض النقاط التي من المفترض الانتباه إليها، ففيما يتعلق بممارسة الاتجاه من الأهمية بمكان التركيز على تحديد التشخيص بشكل دقيق ثم الوضوح في أهداف العلاج، وأخيراً النظر في العلاقة والترابط بين التشخيص وأهداف العلاج. إن الاهتمام بمسألة الدقة والوضوح في عملية التقدير أو التشخيص الحيوي لواقع العملاء النفسي والاجتماعي يؤكد على مسؤولية الأخصائيين الاجتماعيين في الممارسة بالشكل الفعال. إنها مسؤولية أخلاقية تعزز من مكانة المهنة ومكانة القائمين عليها، كما من شأنها أن ترفع من كفاءة ونوعية الخدمات المقدمة للعملاء. أما ما يتعلق بتعليم الاتجاه، فينبغي التركيز على الجوانب البيولوجية لحياة الناس وتأثيراتها عليهم ثم الفهم العميق لاختلاف الثقافات (Turner, 1987).

### نقاط القوة ونقاط الضعف

#### أولاً/ نقاط القوة:

- 1— سرعة استجابة الاتجاه للحاجات المستجدة والطارئة أثناء ممارسات الخدمة الاجتماعية مع العملاء، حتى أن البعض ربط وبشكل قوي بين الاتجاه وبين أسلوب التدخل أثناء الأزمات crisis intervention.
- 2— اتسام الاتجاه بخاصية الانفتاح من أجل التغيير ثم المرونة والشمول في الممارسة، حتى أن بعض الكتابات استقتت من نظرية الأنساق العامة system theory بعض مفاهيم الشمول والترابط في المواقف والأشخاص.
- 3— يمتاز الاتجاه بأنه نظام منفتح يمكن أن يتطور ويتجدد مع ظهور نظريات أو معارف جديدة في الحقلين النفسي والاجتماعي.
- 4— أثبت الاتجاه فاعليته مع مشكلات متنوعة وفي مجالات عديدة من مجالات الممارسة المهنية كمجال الأسرة والطفولة ورعاية الأحداث المنحرفين والإدمان إضافة إلى مجالات عديدة أخرى.
- 5— تعتبر حدود الاتجاه واضحة المعالم (نفسية - اجتماعية) (تأثير - تآثر). مما يبعث الاطمئنان نحو الاتجاه ثم القبول بتطبيقه من لدن الممارسين المهنيين والعملاء على حد سواء.

#### ثانياً / نقاط الضعف:

- 1— يحتوي الاتجاه على بعض المفاهيم التي ينتابها شيء من الغموض الذي يُعزى إلى رجوع جذور الاتجاه إلى نظرية التحليل النفسي، التي تقسم الذات البشرية إلى ثلاث قوى هي الشعور، وما قبل الشعور، واللاشعور. والتي بدورها تعيش في أعماق الإنسان وفي باطنه، مما يصعب اكتشافها أو يحول دون إثبات حقيقتها في ظل الظروف الراهنة.

## العلاج الواقعي<sup>2</sup>

### الجدور التاريخية للعلاج الواقعي

يرجع الفضل في تقديم العلاج الواقعي Reality Therapy إلى الدكتور "ويليام جلاسر" William Glasser الذي بدأ في الاتجاه نحو هذا الأسلوب العلاجي الحديث عام 1961م. في البدء كانت له اتجاهات نحو العلاج النفسي الإكلينيكي والطب النفسي. بعد ذلك بدأ في تحديد المفاهيم الأولية للعلاج الواقعي المعروف. وفي عام 1970م كان "جلاسر" يبحث عن نظرية تشرح تلك المفاهيم، حيث تبني نظرية التحكم للعالم "ويليام بويزر" William Powers التي استفاد منها كثيرا في مجال الإرشاد، لإيمانه بقوة إمكانية التحكم كمفهوم أساس تقوم عليه النظرية. وقد قضى "جلاسر" عشرون عاما في شرح وتوضيح العلاج الواقعي بتوسع (Corey, 2001).

مع بداية عام 1996م توصل "جلاسر" إلى صورة واضحة عن ما كان يبحث عنه من نظرية، وفي تلك الأثناء قدم تعديلات على أسلوبه العلاجي، حتى أنه اقتنع من خلالها بعدم أهلية نظرية التحكم في شرح العلاج الواقعي. وفي نهاية المطاف اكتشف أن نظرية الاختيار Choice Theory تعكس مفاهيم العلاج الواقعي، على أنهما -نظرية الاختيار، والعلاج الواقعي- وجهين لعملة واحدة. ثم طرح "جلاسر" العلاج الواقعي على أنه مظلة تندرج تحته نظرية الاختيار، التي هي قلب وجوهر العلاج الواقعي (Glasser, 2000).

كان "جلاسر" يستخدم العلاج الواقعي بنجاح في جميع مجالات الطب النفسي ما عدا مجال الطفولة، الذي رأى بأن استخدام العلاج الواقعي فيه يكون مع الوالدين أكثر نجاحا وفاعلية، كما كان -وفي وقت مبكر- يستخدم تلك التقنية العلاجية في المدارس وفي مجال التعليم بشكل عام، موضحا أن التعليم الجيد هو الوسيلة الناجعة لتحقيق الحياة السعيدة. مع تلك النجاحات التي تحققت على يد "جلاسر" عُرف العلاج الواقعي ليس في الولايات المتحدة الأمريكية فقط، وإنما أيضا في الكثير من دول العالم (Corey, 2000).



## مدخل

ينظر العلاج الواقعي إلى البشر على أنهم مسؤولون عن اختياراتهم لما سوف يعملون، بمعنى أن الأسلوب العلاجي يعتمد على الحاضر والمستقبل، أكثر من اعتماده على الماضي، فجميع المشكلات هي في الزمن الحاضر، حتى ولو كانت جذورها تمتد إلى الزمن الماضي، كما ينظر الأسلوب العلاجي إلى مشكلات العملاء على أنها نوع واحد تتمثل في "نقص عن الحد المأمول والكافي من التفاعلات والعلاقات الاجتماعية"، ومن هذا المنطلق فالمعالج الناجح هو الذي يستطيع أن يساعد العميل في تحقيق الفاعلية في علاقاته ومن ثم -وفي خطوات لاحقة- مساعدة العميل على تعلم أساليب أكثر فاعلية في سلوكياته وتصرفاته.

يرى "جلاسير" (Glasser, 1998) بأنه ليس من الضروري إخبار العميل بما يعاني منه، وهو في هذه النقطة يشير إلى أن الهدف من ذلك ضمان نجاح الأسلوب العلاجي، مؤكدا مرة أخرى على أنه يمكن إخبار العميل عند الضرورة القصوى. والتشخيص وفقا للعلاج الواقعي هو وصف لتصرفات العملاء التي اختاروها عند تفاعلهم مع الآخرين والتي سببت لهم الألم والمتاعب والإحباطات الداخلية وأشعرتهم بعدم الرضا الآن عن علاقاتهم مع الآخرين. والعملاء على ذلك الحال ليسوا مرضى عقليين، كمرضى الزهايمر، والصرع، وأمراض الدماغ الأخرى، الذين من المفترض أن يتم علاجهم أساسا لدى أطباء الأعصاب.

والعلاج الواقعي يتوقف بالدرجة الأولى على تعليم العملاء كيف يمكن أن يكونوا أكثر فاعلية من حيث اختيارهم للتصرفات والسلوكيات التي يحتاجونها لتحقيق التفاعل مع الآخرين في حياتهم اليومية. فنظرية الاختيار تشرح كيفية اختيار التصرف الذي يحسن العلاقات، وعلى هذا، ومن ذلك المنطلق، تعليم نظرية الاختيار للعملاء جزء هام من العلاج الواقعي. ونتيجة لذلك يمكن قياس استفادة العميل من العلاج الواقعي، بمدى قدرته على اختيار تصرفاته وسلوكياته بكفاءة.

وفقا لفلسفة العلاج الواقعي على العميل المكتئب ألا يقول "أنا مكتئب" وإنما يفترض عليه أن يقول لنفسه وللآخرين "أنا اخترت أن أكون مكتئباً" ومن الأهمية بمكان التنويه إلى أن العلاقة المهنية والثقة المتبادلة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل مهمة لنجاح الأسلوب العلاجي، وكما أن الأسلوب العلاجي يعتمد على مهارات المعالج، فالعلاقة المهنية تعتمد أيضا على مهارات المعالج، الذي من المتوقع أن يكون مهني متخصص قادر على تكوين العلاقة المهنية والمحافظة عليها ومن ثم تطبيق الأسلوب العلاجي.

العلاج الواقعي يقدم سؤالا مهما فحواه: ما هي الحياة الناجحة للإنسان؟ وجزء من إجابة السؤال، وبشكل مبسط، أن على الإنسان أن يكون لديه على الأقل علاقة واحدة تحقق الإشباع، هذه العلاقة تزرع الرضا في الإنسان كحاجة لا بد من نموها (Corey, 2001).

## الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج الواقعي

### أولا/ نظرية الاختيار:

تفترض نظرية الاختيار أن الإنسان ليس مولودا كصفحة بيضاء ثم تتولى الحياة الكتابة فيها منذ اليوم الأول بعد الولادة، وإنما الإنسان مولود ومعه خمس موروثات هي في الحقيقة حاجات أساسية لكل إنسان تقوده خلال حياته اليومية، ربما بشكل غير واضح، وهي الحاجة للبقاء، والحاجة للحب والانتماء، والحاجة للقوة والتملك، والحاجة للحرية والاستقلالية، وأخيرا الحاجة للمرح. فكل إنسان لديه هذه الحاجات الخمس، ولكن قوة كل حاجة تختلف من فرد لآخر. ووفقا لذلك، فعدم الشعور بالرضا مرده عدم إشباع واحد أو أكثر من هذه الحاجات. الإنسان ربما لا يكون واعيا بحاجاته بقدر وعيه بأنه متعب نفسيا، ومن هذا المنطلق يكون دور الممارس المهني تدريس أو تعليم العميل نظرية الاختيار التي ستمكنه من التعرف على الحاجة غير المشبعة سعيا لإشباعها. وفي نهاية المطاف إذا نجح العميل في فهم وتطبيق النظرية سيتولد لديه الشعور بالرضا وتتجلي المشكلة (Glasser, 1999 ; Corey, 2001).

تؤكد نظرية الاختيار على أن جميع ما نعمله منذ الولادة وحتى الوفاة هي سلوكيات مختارة ومدفوعة من الداخل، وجملة كل سلوك أو تصرف هو دائما أفضل محاولة عملت لأجل إشباع حاجة أو أكثر. والسلوك المحدد دائما له هدف لأنه يأتي ليسد الفجوة بين المأمول والواقع. جملة السلوك تعلمنا بأن السلوكيات وبشكل عام هي نتاج أربعة أجزاء واضحة ومتربطة هي:

1- الشعور .

2- التفكير .

3- وظائف الأعضاء .

4- الحركات .

هذه الأجزاء الأربعة لا بد وأن ترافق أعمالنا، وشعورنا وتفكيرنا. ولتوضيح كيف تعمل هذه الأجزاء الأربعة نمثل للسلوك المختار بالسيارة، فالمحرك هو الحاجة الأساسية للإنسان، والمقود هو الذي يمكننا من اختيار الاتجاه الذي نريد، أما الأربعة أجزاء: الشعور، والتفكير، ووظائف الأعضاء، والحركات فهي العجلات الأربعة. التفكير والعمل، مختارات لذا فهن العجلات الأمامية، أما الشعور ووظائف الأعضاء فهي العجلات الخلفية التي عليها أن تتبع العجلات الأمامية حيث لا يمكن اختيارها بشكل مباشر وإنما يمكن اختيارها بشكل غير مباشر. فعلى سبيل المثال لو أن شخصا ما اختار أن يضرب برأسه في الحائط فهو سيؤلم رأسه، ولو اختار أن يجري في الحر فسوف يعرق بدنه. في كلا المثالين كان اختيار التفكير ثم العمل سابقين على اختيار ألم الرأس "الشعور" وتعرق البدن "وظائف الأعضاء".

### ثانياً/ المسؤولية:

البشر مسؤولون عن قلقهم واكتئابهم وغضبهم وأوجاعهم، وهم حينما يختارون الشقاء يختارونه على أنه الأفضل بالنسبة لهم ولما يريدون، فالممارس المهني حينما يبدأ في تعليم العميل نظرية الاختيار -في الغالب- يعترض العميل قائلا: "أنا أتألم، لا تقل لي بأنني اخترت هذا الوضع" وعلى الممارس المهني أن يجيب بأن الاختيار لم يكن مباشرا، وهنا

قد لا يقتنع العميل قائلًا: ولماذا نختار الألم والمعاناة؟ والإجابة على هذا السؤال أوردها "جلاس" (Glasser, 1998; 2000) في ثلاث تبريرات، تجيب على التساؤل التالي: لماذا يختار الناس الألم والمعاناة؟

1- حينما يشارك الإنسان أو يدخل في علاقات غير مشبعة أو محبطة، فمن الطبيعي أن يتولد الغضب، بسبب هذا الغضب قد يسيئ الإنسان في القول أو الفعل في حق شخص أو أشخاص آخرين، ثم تأتي الكآبة وربما أعراض مرضية أخرى كخيار لردع الغضب.

2- الكآبة هي الطريق الشائع الذي أكتشفه الإنسان لأجل طلب المساعدة وبدون توسل أو استجداء، أليس الإنسان حينما يتألم تمد له يد المساعدة دون أن يطلبها؟

3- الكآبة والأعراض المرضية الأخرى تجعل الإنسان يتجنب عمل الأشياء التي يخشاها، أو لديه خوف منها، فعلى سبيل المثال لو فصل شخص من عمله بالتأكد ستتولد لديه الكآبة، وقد يقول له الآخرون: "هيا بسرعة ابحث عن وظيفة أخرى لأن انتظارك الطويل سيصعب عليك الحصول على عمل بديل" وهذا كلام صحيح، ولكن لأنه يخاف من التجربة مرة أخرى أو من النبذ أو الرفض في حالة عدم حصوله على وظيفة جديدة، سيختار الكآبة قائلًا: "سأبحث عن وظيفة بديلة، ولكن لأنني مكتئب سأوجل البحث".

وبما أن الإنسان هو الذي يختار أعماله، إذن هو المسؤول عن اختياراته. وفي العلاقات الاجتماعية ليس هذا معناه بأن الإنسان عليه أن يلوم أو يعاقب نفسه. ولكن الأخصائي الاجتماعي يدرك أن العملاء مسؤولون عن خياراتهم، رغم أن العملاء يرفضون وبشدة فكرة أنهم اختاروا السلوك المرفوض أو اختاروا العناد لأنفسهم، لذا لابد أن يكون الأخصائي الاجتماعي واعياً لئلا يدخل في نقاش ساخن مع العميل حول هذا الموضوع، حيث وفي مثل هذه المواقف يفضل أن يركز الأخصائي الاجتماعي على نقطة هنا والآن، أي ما يمكن للعميل أن يختاره كالتقرب إلى الناس الذين يحتاج إليهم. على سبيل المثال الموظف الذي لديه علاقات سيئة مع رئيسه، عوضاً عن أن يختار اللوم، لماذا لا يختار التعاون والاحترام في العلاقة بينه وبين الرئيس، لأن الموظف قد خسر في الاختيار الأول، الذي هو العلاقة السيئة التي جلبت له المتاعب، فقد ينجح في الاختيار الثاني الذي هو التعاون والاحترام.

### ثالثاً/ منطقة الخواص:

ترى نظرية الاختيار أن هناك جزءاً صغيراً في مخ الإنسان مسؤول عن عمليات الإشباع، هذا الجزء يسمى "منطقة الخواص" وهذه المنطقة يمكن أن تحتوي على صور لأناس نعرفهم أو حتى نتمنى أن نعرفهم كالمشاهير مثلاً. وكذلك تحتوي منطقة الخواص على أشياء نرغب في امتلاكها كامتلاك سيارة فاخرة مثلاً. كما تحتوي منطقة الخواص على الآراء والمعتقدات الخاصة بالدين والسياسة والموضوعات الأخرى الممتعة بالنسبة لنا.

منطقة الخواص تتمركز حول الحاجات وإشباعها، إلا أنها أكثر خصوصية فيما يتعلق بالخواص. فعلى سبيل المثال لا تحتوي منطقة الخواص إلا على أناس نرغب في الاتصال بهم وفتح قنوات اتصال معهم، ولأهمية ذلك فإن المعالج



الناجح هو الذي يستطيع التأثير على منطقة خواص العمل من خلال تعليمه كيفية التقرب بالطريق الصحيح نحو الناس الذين يرغب في التعامل والتقرب منهم (Corey, 2001).

#### رابعاً/ التحكم في العلاقات:

العلاج الواقعي يركز مباشرة على العلاقات الناقصة أو غير المشبعة والتي تسبب الكآبة كمشكلة. ومعرفة المشكلة وفهمها لا يتطلب جهداً أو مهارات محددة بالنسبة للمعالج. فالعمل في مثل هذا الموقف يلقي بلوم الإخفاق على الجانب الآخر من تلك العلاقة التي جلبت الشقاء الذي يعاني منه. والعلاج الواقعي لا يبحث عن المذنب وإنما يركز على كيفية التحكم في مثل تلك العلاقة، هذه النقطة يفترض أن يفهمها الأخصائي الاجتماعي قبل العمل، لأن العملاء في مثل تلك المواقف يشعرون بالضعف واليأس والوهن ويبررون ذلك بأنه نصيبهم وقدرهم في الحياة، وفي هذه الحالة يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح أن ذلك صحيح إلى حد ما، ولكن هل من المستحيل أن يكون نصيبك وقدرك أن تغير مجرى حياتك بنفسك نحو الأفضل. تدمر العملاء ربما يجعلهم يشعرون بشيء من الارتياح كلون من ألوان التنفيس الوجداني، ولكن هذا يفترض أن يكون لوقت قصير، لأن التدمير ليس فعالاً مع السلوكيات والتصرفات التي هي هدف العلاج الواقعي (Glasser, 1989).

على الأخصائي الاجتماعي أن ينبه العميل على أن التدمير لا يجلب السعادة. ولو كان كذلك لسعد كثير من الناس الذين يتدمرون بشكل يومي، كما أن على الأخصائي الاجتماعي ألا يستمع كثيراً إلى تدمير ولوم ونقد العملاء لأنها ليست لها أي فاعلية نحو السلوك، ومن جانب آخر أنها تدعو إلى القهر، لذا لا بد أن تتجلى من العلاج ضماناً لنجاح العلاج الواقعي مع العميل (Glassre, 1989).

#### خامساً/ رفض التحويل أو الإسقاط:

إن العلاج الواقعي يرفض وبشدة مبدأ الإسقاط أو الإحالة. ويعتبر رفض التحويل أو الإسقاط من المسائل الأولية والأساسية التي على الأخصائي الاجتماعي والعمل أن يتقنا وبوضوح على أن المسؤولية هي مسؤولية العميل وليست مسؤولية أي شخص آخر. قد يتهرب العميل من ذلك، ولكن على الأخصائي الاجتماعي أن يكون أكثر وضوحاً وصدقاً، ويوضح للعميل بأن ذلك في صالحه، لأن تجنب الإسقاط يعني إدراك المسؤولية الشخصية من السلوك. والعلاج الواقعي يعتمد وبشكل كبير على الواقعية، التي هي الحقيقة بغض النظر عن شكلها أو سلبيتها (Corey, 2001).

#### سادساً/ التأكيد على الحاضر:

يرى "جلاسر" (Glasser, 2000) بأن الغالبية العظمى من العملاء يحتاجون إلى الأخصائي الاجتماعي لأنهم يعانون من مشكلات حدثت في الماضي وهم قد يدركون ذلك، وقد تكون لديهم القدرة على استعادة الماضي ومناقشته مع

المعالج. فمن الأسباب التي تجعل العملاء يناقشون الماضي، ويغفلون الحاضر اعتقادهم بأن هذا ما يريده الأخصائي الاجتماعي. والحقيقة أن نتاج الماضي له بعدين:

1- نتاج الماضي لا يمكن تغييره.

2- نتاج الماضي لا بد من معرفته وفهمه.

في العلاج الواقعي يتجنب العملاء الوضع المشكل بالنسبة لهم -الذي هو في العلاج الواقعي العلاقات الحالية غير المشبعة أو ناقصة الإشباع- حينما تكون لدى العملاء مشكلات من الماضي تصل إلى سن الطفولة، فهذا يعني أنه كانت هناك إساءة في معاملته كطفل، هذا من جانب، ومن جانب آخر يؤخذ هذا من وجهة نظر العلاج الواقعي على أنه ليس هناك ضرورة للخلاف حول من هو المخطئ أو المسيء، لأن حدث الماضي لا يمكن مسحه ولا يمكن تبديله، حتى وإن كانت أحداثه تؤذينا حالياً، وبذلك يفترض ألا يكون العملاء ضحايا للماضي المرير، ما لم يختاروا أن يكونوا كذلك. لذلك بحث الماضي ومناقشته لون من إضاعة للوقت وإهدار للجهد. وكل ما نحتاج إليه في العلاج الواقعي هو محاولة تغيير الحاضر إلى الأحسن من خلال تغيير السلوكيات والتصرفات والاقتراب أكثر من الناس الذين يكون العميل في حاجة إليهم (Glasser, 2000).

على الأخصائي الاجتماعي ألا يرفض مناقشة الماضي قطعياً، ولكن لا بأس أن يكرس الوقت الكاف الذي يمكن من خلاله التوضيح والتأكيد للعميل بأن إخفاقات الماضي ليس مرفوضاً الحديث عنه لأجل الرفض فقط، وإنما لأن الماضي لا يمكن تغييره، وعلى الأخصائي الاجتماعي أيضاً أن يؤكد على أهمية القرب من المشكلة الحالية، عوضاً عن القرب من الماضي (Glasser, 2000).

### سابعاً/ تجنب التركيز على الأعراض المرضية:

مثلاً أن العلاج الواقعي يدعو إلى تجنب صرف وقتاً طويلاً في مناقشة أحداث الماضي مع العميل، فهو يؤكد على الفكرة نفسها فيما يتعلق بالأعراض المرضية. فالآلام والأعراض المرضية التي اختارها العميل - وفقاً لاستراتيجية العلاج الواقعي- ليست ذات أهمية بالغة. وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يصرف وقتاً قليلاً في التركيز على الآلام والأعراض المرضية، والسبب أنه ليس هناك من فائدة من التركيز على الآلام والأعراض المرضية ما لم تتحسن علاقات العميل التي هي في الواقع سبب الآلام والأعراض المرضية (Corey, 2001).

يقول "جلاسر" استناداً إلى خبرته الطويلة في ممارسة العلاج الواقعي، بأن العملاء لا يملون من الحديث عن آلامهم "يتذمرون" طالما أن المعالج يستمع، لذلك فإن الاستمرار في الحديث عن آلام والأعراض المرضية كاستمرار في الحديث عن ماضي العميل؛ كلا الحالتين من شأنهما إطالة العملية العلاجية أو إعاقتهما، وهو ما ليس في صالح كلا الاثنتين المعالج والعميل (Glasser, 2000).

### أهداف العلاج الواقعي

تتلخص أهداف العلاج الواقعي في الجوانب التالية:

- 1- مساعدة العميل على إيجاد اتصال أو إعادة الاتصال بالآخرين الذين يطمح في الاتصال بهم.
- 2- تعليم العملاء نظرية الاختيار.
- 3- تحقيق الاتصال الجيد بين الأخصائي الاجتماعي والعميل الذي هو الطريق الوحيد للتأثير وإنجاز أهداف العلاج الواقعي.
- 4- التركيز على الحاضر أكثر من التركيز على الماضي.
- 5- اشترك الأخصائي الاجتماعي والعميل في عملية تقويم علاقات العميل، بما يتيح الفرصة أمام العميل لتحديد ما يحتاجه لرفع كفاءة علاقاته أو إيجاد علاقات جديدة ذات فاعلية.

### خصائص الأخصائي الاجتماعي الممارس للعلاج الواقعي

- 1- الهدوء والرزانة.
- 2- التعاطف.
- 3- النشاط والحيوية.
- 4- إعطاء اعتبار واهتمام واحترام للعملاء وتقدير حاجاتهم.
- 5- الصراحة والوضوح.
- 6- امتلاك حد معقول من المنطقية والواقعية.

### المهارات الأساسية للأخصائي الاجتماعي الممارس للعلاج الواقعي

- 1- مهارة تقبل العملاء.
- 2- مهارة الاستماع للعملاء وفهم حاجاتهم.
- 3- مهارة إدارة الحديث وفتح مجالات لنقاش متنوع ذو علاقة بالموضوع.
- 4- مهارة المواجهة عند كشف واقع سلوكيات العميل ونتائجها السلبية عليه.
- 5- مهارة التفكير والتبرير المنطقي والواقعي.

## خطوات التغيير وفقا لاستراتيجية العلاج الواقعي

حسب طريقة "وديب" التي اقترحها "جلاسير و بولدينج" والتي رمزا لها بالأحرف الإنجليزية WDEP وتعني:

W = wants & needs

D = direction

E = evaluation

P = plan & commitment

إشارة إلى أن هناك استراتيجيات أربع لعملية التغيير هي: (Glasser, 1980 ; Wubbolding, 2000)

### **1- ما يريده ويحتاجه العميل:**

بواسطة مهارة الأخصائي الاجتماعي في طرح تساؤلات على العميل حول ما يريده من العلاج يمكن للعميل أن يتوصل ويدرك ما يريده، وهذه العملية بشكل مبسط هدفها تقويم وموازنة ما في داخل العميل "منطقة الخواص" مع ما في الخارج "سلوكيات"، إضافة إلى أن العميل -ومن خلال تساؤلات الأخصائي الاجتماعي- سيتعرف على ماذا يتوقع وماذا يريد من الأخصائي الاجتماعي ثم ماذا يتوقع وماذا يريد من نفسه.

ومن أمثلة الأسئلة التي يمكن للأخصائي الاجتماعي طرحها على العميل ما يلي:

- هل حقا تريد أن تغير في حياتك؟
- ما الذي تعتقد أنه يعيقك عن تحقيق التغيير الذي تريده في حياتك؟
- لو لم تكن أنت، فمن تتمنى أن تكون؟
- كيف ستكون أسرتك لو حققت ما تريد، وحققوا هم ما يريدون؟
- كيف ستكون لو أنك تعيش كما ترغب وتطمح؟

### **2- التوجه:**

التوجه يحمل الأخصائي الاجتماعي على مناقشة العملاء حول توجهاتهم الحالية وإلى أين ستأخذهم سلوكياتهم. هذا ليس لونا من التوبيخ بقصد ما هو كشف وتقدير للاتجاه الصحيح الذي يحتاجه العملاء. فالأخصائي الاجتماعي كحامل المرأة بشكل متزن ليري العميل ذاته، والعمل هو الذي يحدد الملامح ويرسم الاتجاه. عملية الكشف والتقييم قد تأخذ وقتا طويلا حتى يتوصل العميل بنفسه إلى الهدف الذي هو التوجه الصحيح.

وكما سبق حول موضع الأحداث الماضية، الماضي ليس له أي قيمة في العلاج الواقعي ما لم يكن له درجة من التأثير الملموس على العميل في الوقت الحاضر. في العلاج الواقعي الحاضر هو مركز العمل، وكما سبق أيضا الماضي يمكن مناقشته إذا كان له إيجابية في تخطيط العميل لمستقبله.

إن الاستماع إلى العملاء أمر مفيد، وذو نتائج في العلاج الواقعي متى كان -كلام العملاء- ذا علاقة، لذا على الأخصائي الاجتماعي أن يتيقظ لذلك وأن تكون لديه زمام تسيير الحوار. والحوار في العلاج الواقعي يتمركز حول جملة

سلوكيات العميل الحالية. هذه التقنية من شأنها أن تساعد العميل على تحقيق ما يحتاج وما يريد، والتي تعرف عليها العميل وأدركها من خلال الاستراتيجية السابقة "ما يريده ويحتاجه العميل".

### 3- التقويم:

بما أن العلاج الواقعي يعبر عن فن توجيه وإرشاد العملاء فهذا يعني أن العلاج الواقعي يعتمد على التواصل والحوار بين المعالج والعميل. إن طرح أسئلة ذات مغزى من قبل المعالج يعد أسلوباً فعالاً ثبتت جدواه مع كثير من العملاء، لأجل جعلهم يتحدثون عما في داخلهم، وخصوصاً فيما يتعلق بتقويم سلوكياتهم وتصرفاتهم. ومن أمثلة الأسئلة التي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يطرحها لحث العميل على تقويم سلوكياته وتصرفاته ما يلي:

- هل منحك سلوكك الحالي ما تريد؟
  - هل ترى أن سلوكك الحالي سيأخذك نحو الاتجاه الذي تريده وتطمح إليه؟
  - هل ترى أن ما تريده يمكن تحقيقه أو الحصول عليه؟
  - حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى فيها ما يخالف المعهود؟
  - حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى بأنها أفضل ما لديك وأفضل ما يمكن أن تعمله؟
  - حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى بأنها الأفضل بالنسبة للآخرين؟
- مثل هذه الأسئلة التي يطرحها الأخصائي الاجتماعي بمهارة على العميل من شأنها إتاحة الفرصة له لتقويم سلوكياته، فهي دعوة واضحة وصريحة لتقويم كل جزء من سلوكيات وتصرفات العميل. إن مهمة التقويم من المهام الرئيسة التي يقودها المعالج لتمكين العميل من تقويم أفعاله ثم الاختيار الأمثل والفعال للسلوك. وتجدر الإشارة إلى أهمية الصدق مع الذات من جانب العميل، وهو ما يؤكد على أهمية الدور الحيوي الذي يمكن أن يلعبه الأخصائي الاجتماعي لتنفيذ عملية التقويم بشكل محدد وبأسلوب واعي حيث يعتبر التقويم عملية ذهنية وشعورية ومقصودة.
- إن عملية التقويم تتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يكون واضحاً وصريحاً ومباشراً منذ الجلسات الأولى مع العميل، على سبيل المثال العمل مع المرضى المدمنين يتطلب قدراً كبيراً من الوضوح والصرامة المباشرة والمبكرة. أما عملاء الأزمات فالعمل معهم يتطلب تلميحاً مبكراً من قبل الأخصائي الاجتماعي نحو الأفضل لهم، وفي المقابل فإن العملاء القصر يأخذون وقتاً أطول حتى يتوصلوا إلى التقويم السليم وذلك لعجزهم أو لعدم قدرتهم على التفكير السليم، وتمحيص السلوك، ولعدم وعيهم بما يحتاجون، أو معقولية ما يحتاجون.

### 4- التخطيط والتنفيذ:

حينما يحدد العميل -بطريقة واعية ومحددة ماذا يريد- يكون الوقت قد حان لاكتشاف سلوكيات بديلة، عند هذه النقطة أيضاً يكون العميل قادراً على وضع خطة عمل تستهدف انتقاء وتنفيذ السلوكيات البديلة. ولعملية التخطيط أهداف عديدة من أهمها:

- التخطيط مقياس لمدى نجاح العمل في معرفة السلوك الخاطيء والمراد تغييره والسلوك المراد إحلاله.
- التخطيط يمكن العمل من التحكم في حياته.
- التخطيط رغم أنه ليس من المراحل الأولية في العمل بين الأخصائي الاجتماعي والعمل إلا أنه يتيح فرصاً أمام العمل لتحديد ما يريد بشكل دقيق.
- التخطيط يعتبر نقطة البدء في عملية التنفيذ.
- التخطيط يقود العمل إلى مستوى عال من الوعي والإدراك الذي يمكنه من القياس والمقارنة بين ما يريد وما سوف يعمل.

ويتلخص دور الأخصائي الاجتماعي في عملية التخطيط في الجوانب التالية:

- مساعدة العمل على الاستبصار من خلال المقارنة بين ما يريده وما سيفعله مستقبلاً.
- مساعدة العمل على وضع خطة واقعية وقابلة للتنفيذ.
- مساعدة العمل على رسم الخطة أو كتابتها ووضعها في شكل خطوات.
- مساعدة العمل على تقويم الخطة بعد وضعها نظرياً ثم تقسيمها إلى خطوات خلال مراحل التنفيذ.
- مساعدة العمل على تعديل الخطة أو استبدالها في حالة عدم جدواها.
- تشجيع العمل عند التخطيط حتى لو كانت الخطة بسيطة طالما سيكون لها مردود إيجابي.
- التوضيح للعمل بأن الخطة المتوقعة على أشياء خارجية أو أشخاص آخرين ليس بالضرورة تنفيذها والتحكم بها بشكل كامل.
- الاستمرار في التأكيد على مسؤولية العمل في عملية التخطيط والتنفيذ.

### خصائص الخطة المثالية:

- البساطة وعدم التعقيد.
- الواقعية.
- قابليتها للتنفيذ (مدى قدرة العمل على تنفيذها).
- قابليتها للتعديل أو التغيير (مرنة يمكن التحكم فيها).
- احتوائها على عناصر واضحة ومحددة يراد تنفيذها.
- أن تكون محددة وموجهة مباشرة نحو الهدف الذي وضعت من أجله.
- قابليتها للقياس.
- الخطة الفعالة هي التي يمكن تنفيذها بشكل يومي (كالبحت عن وظيفة، أو التخفيف من الأكل أو من شرب السجائر مثلاً).

أما ما يتعلق بالتنفيذ فهي الخطوة التي تلي التخطيط مباشرة. والخطة ليست لها قيمة ما لم تنفذ، والعمل هو الطرف المسؤول عن طريقة تنفيذ الخطة. والعلاج الفعال هو المحفز للعمل لأجل تحمل المسؤولية وتطبيق الخطة بشكل مستمر

خلال حياته اليومية. وبما أن عملية التنفيذ تعتبر من أصعب المراحل في عملية التدخل فقد يواجه العميل بعض المحبطات، إلا أن المعالج الناجح يكون واعياً لذلك بحيث يعمل على تحفيز وتشجيع العميل على العمل والمواصلة. هذا التشجيع يشعر العميل باهتمام الأخصائي الاجتماعي ويزود العميل بالأمل والثقة في مواجهة الموقف المشكل.

### مهام الأخصائي الاجتماعي

#### **أولاً: التقبل:**

يعتبر التقبل في العلاج الواقعي بمثابة الخطوة الأولى للاتصال والتفاعل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل. وقد يلاحظ -في بداية كل عمل- أن كثيراً من العملاء لا يملكون رأياً واضحاً ومحدداً بشأن الأخصائي الاجتماعي سواء كان إنساناً أو كمعالج. وعادة ما يسأل العميل نفسه هل يستطيع هذا الأخصائي الاجتماعي أن يساعدني حقاً؟ ومتى ما أدرك الأخصائي الاجتماعي هذه النقطة، سيبدأ جهداً كبيراً في جذب العميل للحديث الصريح وتبادل الرأي.

ويؤكد "جلاس" على وجود فوارق واختلافات بين المعالجين في تطبيق العلاج الواقعي هذه الفوارق تعبر عن اختلاف خصائص وسمات الشخصية بحيث يكون لكل معالج أسلوبه الشخصي في العمل والتطبيق. والمعالج الناجح هو الذي يعمل باستمرار على تنمية وتفعيل أسلوبه الخاص (Glasser, 1980).

الممارس المهني الذي يرغب في تطبيق العلاج الواقعي بنجاح هو من يستطيع تقبل عملائه وتكوين علاقة مهنية مع كل عميل ينشد المساعدة. والأخصائي الاجتماعي الذي يحب عمله يجد نفسه مرتاحاً في الجلوس مع العملاء والاستماع إليهم.

بعض العملاء لديهم قناعة بأنهم ليسوا في حاجة إلى أحد، بل قد يسخرون من فكرة العلاقة غير المشبعة أو المنقوصة، وفي مثل هذه الحالات يضطر المعالج إلى ترك الأهداف الأساسية للعلاج الواقعي جانباً والتركيز فقط على إيجاد التواصل مع هؤلاء العملاء (Glasser, 2000; Corey, 2001).

#### **ثانياً: التوجيه:**

بما أن نظرية الاختيار هي جوهر العلاج الواقعي، فإن الأخصائي الاجتماعي بحاجة إلى شرح النظرية للعميل. في هذه المرحلة تحديداً يؤدي الأخصائي الاجتماعي دور المعلم، ويكون العميل بمثابة التلميذ، تماماً كما في المدرسة. لا بد أن يتأكد الأخصائي الاجتماعي من استيعاب العميل للنظرية، وقد يلجأ الأخصائي الاجتماعي إلى وسائل وأدوات مختلفة لتوضيح النظرية، كما ينبغي أن يكون جاهزاً للإجابة على تساؤلات واستفسارات وملاحظات العميل حول النظرية. ومن العلاقة المهنية الجيدة يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يلمس مدى رضا العميل عن النظرية وعن الأخصائي الاجتماعي أيضاً. ومن جانب العميل سيتعلم من علاقته بالمعالج نظرية الاختيار إضافة إلى أهمية العلاقة مع الآخرين.

في الكثير من الحالات قد لا يثق العميل في جدوى النظرية، وقد يحاول رفضها بأسلوب أو بآخر رغبة في استخدام أساليب يعرفها واستخدمها في السابق. وفي هذه الحالة يرفض الأخصائي الاجتماعي أساليب تهرب العميل من ذلك، حينما

يجد العميل نفسه أمام تطبيق النظرية ويقدم محاولات ومبادرات بسيطة ومبدئية، سيجد نفسه يستمتع بفكرة النظرية، سيبدأ في تغيير آراءه السابقة نحو فلسفة الاختيار، سواء كانت آراءه السابقة مجرد تجنب أو عدم ثقة أو حتى كانت نقد ورفض لنظرية الاختيار. وفي المراحل اللاحقة سيجد العميل نفسه وبتشجيع من المعالج قادراً على إيجاد علاقات ناجحة تحقق الإشباع والرضا متجنباً سلوكيات النقد واللوم (Glasser, 1998; 1999).

### ثالثاً: التغيير:

في العلاج الواقعي يبدأ المعالج عادة بسؤال العميل حول ما يريده من العلاج، فيما بعد يمكن للمعالج أن يستفسر من العميل عن خياراته، خاصة فيما يتعلق بالعلاقات، على أن الخل - وكما سبق - سيكون محيط العلاقات. في بعض المواقف قد يتعجب العميل قائلاً: "أنا فقط مكتئب، مشكلتي الاكتئاب، وليست العلاقات!". وفي مواقف أخرى قد يقول العميل: "طبعاً أنا مكتئب، ولو كان لديك مثل زوجتي لكنك أنت مكتئباً أيضاً، ولكني لا أريد الطلاق إنما أريد إزالة الاكتئاب". في كلا المثالين تجنب العميل الحديث عن لب المشكلة التي هي الإخفاق في العلاقات. وفي الجلسة الأولى أو الجلسات المبكرة مع العميل سيعرف المعالج ما يحتاجه العميل ثم يستطيع أن يحدد المفتاح الذي هو الطرف الآخر في العلاقة، وعادة ما يكون أحد المحيطين بالعميل كأحد الزوجين - كما في المثال السابق - أو الوالدين أو في العمل (Corey, 2001).

بما أن المشكلة غالباً ما تكون في العلاقات، فالعملاء في كثير من الأحيان يحاولون إلقاء اللوم على الطرف الآخر من العلاقة، حينما يسأل الأخصائي الاجتماعي العميل هل لديه القدرة على التحكم في سلوكيات الآخرين سيجد العميل نفسه مضطراً للنظر إلى الطرف الأول في العلاقة الذي هو العميل ذاته، ولفاعلية السؤال السابق يمكن أن يعيده الأخصائي الاجتماعي على العميل مراراً حتى يضع العميل يده على جوهر المشكلة. وجوهر المشكلة وفقاً لسؤال المعالج هي إجابة العميل أن لديه القدرة على التحكم في سلوكياته هو فقط. حينما يتحقق ذلك في الجلسات الأولى من العلاج فهو مؤشر إلى البدء في الوصول إلى فاعلية العلاج الواقعي. حيث تتركز الخطوات اللاحقة على عمل خيارات أفضل من الخيارات السابقة التي عكست الاكتئاب كم مشكلة أو كنتيجة لمشكلة، وفقاً لمنظور العلاج الواقعي (Glasser, 1980).

هناك خيارات كثيرة ربما لا يدركها العملاء، وبمساعدة الأخصائي الاجتماعي يمكن الكشف عن خيارات أخرى يمتلكها العميل، إلا أن تغيير العميل لا يعني تغيير الطرف الآخر في العلاقة، ولكن من المؤكد أن تغيير العميل يعني تغيير العلاقة برمتها والشئ الهام هنا هو أن العميل لابد وأن يدرك هذه النقطة.

من ممارسة الأخصائي الاجتماعي للعلاج الواقعي - وخصوصاً خلال عمليات التغيير - سيتعلم العميل كم هو مهم التحكم في السلوك، بل والتحكم أيضاً في جوانب أخرى من حياته، وتتراح فكرة الصحة وأسلوب الل، وتتولد فكرة الاقتناع والرغبة في التغيير لدى العميل وذلك متى ما أدرك واقتنع بأن علاقاته الحالية لم تحقق له ما يريد، وبعدها سيقون بأنه في حاجة إلى اختيار سلوكيات بديلة تقربه من الآخرين الذين هو في حاجة إليهم (Corey, 2001).



### تعليق ختامي

في الغالب يكون العملاء راضين عن خبرتهم في العلاج الواقعي مع الممارس المهني، خصوصاً عندما يكتشف العميل أول الحقائق التي كانت غائبة عنه والتي منها:

- 1- ضرورة وأهمية العلاقات مع الناس.
- 2- الاختيار هو سبب المتاعب.
- 3- هناك سلوكيات تحتاج إلى إعادة نظر وتعديل.
- 4- هنا والآن كنقطة انطلاق.

والعملاء يتلمسون أحياناً نتائج عاجلة من العملية العلاجية، وأحياناً أخرى يتسرعون في خطاهم نحو المستقبل، وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يكون صريحاً في إظهار وتوضيح خطورة هذه القضية للعميل. فالعلاج الواقعي لابد من إكمال خطواته، كما نبه "جلاسير" إلى نقطة جيدة ينفذها العملاء حيث يقومون بتطبيق خبراتهم مع المعالج في حياتهم اليومية كخبرة التعامل مع الحاضر، حيث تعطي دفعة للعميل حينما يجد أن ما تعلمه في الصباح طبقه في المساء بنجاح، ولمس جدواه وفاعليته، تلك الدفعة تعزز من نظرة العميل نحو المعالج والعملية العلاجية بشكل عام.

العلاج الواقعي يمكن استخدامه في مجالات كثيرة من مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية والتربية والتأهيل والتدخل خلال الأزمات وغيرها. لقد أخذ العلاج الواقعي مكانة رائدة في الجامعات والمستشفيات ومؤسسات التأهيل، كما ثبت جدواه في مجال الاعتماد على الكحوليات والمخدرات، لقد أثبتت خبرات ممارسة العلاج الواقعي فاعليته حتى مع المرضى الذين يرفضون التحدث، بل وحتى مع العملاء الذين يرفضون النظر إلى المعالج.

يشير "جلاسير" في هذا الخصوص إلى أنه مارس العلاج الواقعي في مستشفيات الأمراض العقلية حينما كان من الضروري وجود من يحميه في غرفة الإرشاد أثناء وجود المرضى، وكان "جلاسير" يقول للمرضى الممتنعين عن التحدث: "سوف أتحدث إليك، وأسأل أسئلة، وإذا لم تجب سوف أجيب نيابة عنك". وبعد عشر دقائق من هذا العمل يتحدث العميل قائلاً: "أنا لم أقل ذلك، أنا قلت ...". ومن تلك النقطة يبدأ العلاج الواقعي (Corey, 2001).

### نقاط القوة ونقاط الضعف

#### **أولاً: نقاط القوة:**

- 1- العلاج الواقعي يمكن أن يلقي القبول لدى العامة فضلاً عن المتخصصين، بمعنى أنه يحتوي على مفاهيم وأساسيات ملموسة ومحسوسة، أو على الأقل يمكن لمسها وتحسسها، بما يسهل اقتناع العملاء بالعلاج، هذا الاقتناع يشكل نصف مرحلة العلاج. وهذا من شأنه أن يفعل العملية العلاجية ويرسخ مفاهيمه لدى العملاء لسحبها على مواقف أخرى تجنباً للوقوع في المشكلات، كاستراتيجية وقائية تحصن العملاء عند تفاعلاتهم واختيارهم للسلوكيات والتصرفات في المستقبل.

2-رفض "جلاسـر" بشـدة وفي وقت مبكر المبادئ التي نادى بها "سيجمند فرويد" ليقدم شرحا وأسلوبا واقعيا وجديدا في فن التوجيه والإرشاد يمكن أن يعالج أنواعا معينة من المشكلات الاجتماعية والأمراض النفسية. وهو بهذا الاتجاه الأميريقي يطرح منظورا استقرائيا محسوسا وقابلا للقياس والتقويم.

3- العلاج الواقعي سهل التطبيق خاصة متى أدرك الأخصائي الاجتماعي مفاهيمه وركائزه الأساسية، خصوصا في مجال التوجيه والإرشاد.

4- لا يحتاج ممارس العلاج الواقعي إلى معارف كثيرة أو مقاييس خاصة، كما لا يستلزم العلاج -في الغالب- إلى فترة زمنية طويلة مقارنة ببعض النماذج العلاجية الأخرى.

### ثانياً: نقاط الضعف:

1- يؤكد مؤسس العلاج الواقعي "جلاسـر" على عدم إطلاع العميل على فحوى التشخيص الذي هو متشابه لدى عملاء العلاج الواقعي، واضعاً استثناءً بسيطاً عند الحالات الضرورية أو الجبرية ذات الاتصال بالقانون وإجراءات التأمين. وما هذا إلا حرصاً على نجاح البرنامج العلاجي، إلا أنه يعد نقطة يمكن من خلالها القرح في العلاج متى نظرنا إلى أحقية العميل، الذي ليس مريضاً عقلياً كما قال "جلاسـر" في معرفة تفاصيل ما يعاني منه أو يخصه، وهي في الحقيقة قضية أخلاقية ربما تتعارض بشكل أو بآخر مع أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية، وعلى هذا فإن الأخصائي الاجتماعي الممارس لنموذج العلاج الواقعي سيجد نفسه إزاء قضية ذات خيارين كلاهما مر.

2- يدعو العلاج الواقعي إلى تعليم العميل نظرية الاختيار، التي تشرح كيف أن الشعور بعدم الراحة والرضا مرده عدم إشباع حاجة أو أكثر من حاجات الإنسان الخمس الأساسية، وهذه الفلسفة -تعليم نظرية الاختيار- قد لا تنجح مع بعض العملاء لا سيما من ذوي التعليم المتدني.

3- لم يقدم العلاج الواقعي إشارات أو خبرات ناجحة في تطبيقه في العمل مع الجماعات، بنفس القوة التي قدمها عن طريق توجيه وإرشاد الأفراد.

4- قدم العلاج الواقعي مفهوم منطقة الخواص كم منطقة صغيرة في عقل الإنسان تحتوي على الرغبات الخاصة من الآراء والناس، وفي ظل الظروف الراهنة ربما لا يوجد ما يبرهن وبشكل إميريقي على مصداقية هذا المفهوم. مما يعزل هذا المفهوم -منطقة الخواص- كفكرة استنباطية أوردها "جلاسـر" في أدبياته حول العلاج الواقعي عن المفاهيم الاستقرائية الأخرى التي سطرها مؤسس العلاج "ويليام جلاسـر".

### العلاج الأسري<sup>3</sup>

"في جدلية علم النفس، الذات أصبحت ذاتاً بالفضيلة، على أنها مركزاً لشيء ما. شيئاً فشيئاً ترسخت الذات بفعل وجود الآخرين، وهذا ليس مفهوماً جديداً، ولكنه اللغز الحقيقي"

Boszormenyi-Nagy (1965)

#### الجنور التاريخية

نشأ العلاج الأسري family therapy في منتصف العقد العشرين (1950م) وذلك نتيجة تفاعل عدة عوامل من أهمها تحديات التنمية في تلك الحقبة من الزمن. ويمكن تصنيف العلاج الأسري على أنه علاج ديناميكي؛ تحول من أفكار هدفها زيادة الرفاهية الإنسانية، إلى نموذج للممارسة الواقعية ذا طابع علمي، كما ظهر ذلك بشكل واضح في العلوم الاجتماعية تحديداً، وذلك خلال النصف الثاني من القرن العشرين. هذا التحول في كيان العلاج الأسري، جعله يركز على الظروف والعلاقات والمحيط الأسري. ثم تأثر العلاج الأسري كغيره من النماذج العلاجية الأخرى في الخدمة الاجتماعية بالتطورات العلمية، فمن أبرز المعارف والنظريات التي أثرت في العلاج الأسري، النظريات العامة للإنسان، وعلم التحكم والاتصال، وعلم البيئة والبنائية الاجتماعية. كل من هذه الاتجاهات العلمية، أسهمت في ربط حلقات نموذج العلاج الأسري، الذي تشكل ليربط بين الإنسان ومحيطه الاجتماعي. ومن هذا المنظور أخذ العلاج الأسري في التطور في مجال الأبحاث، وفي مجال الممارسة كأسلوب علاجي فريد (Hartman, 1995).

في العلوم الاجتماعية ينظر إلى البشر على أنهم أنساق مفتوحة، يتشكلون ويشكلون في بناء الحياة، وذلك خلال تفاعلاتهم الاجتماعية والبيئية الطبيعية (Hartman and Laird, 1987). ورغم أن العلاج الأسري لم يبدأ إلا في الخمسينات من القرن العشرين، إلا أن ذلك كان على يد متخصصين من غير المهنيين في الخدمة الاجتماعية، ولكن يعتبر

<sup>3</sup> عبدالعزيز الرشيد

"ستشيرز" Scherz من أوائل مؤسسي العلاج الأسري من الأخصائيين الاجتماعيين، إضافة إلى "أكيرمان" Ackerman و "مينوتشين" Minuchin و "هارتمان و لايرد" (Hartman and Laird, 1987) (Meyer).

خلال الثمانينات الميلادية من القرن العشرين، كان هناك عدد من الأخصائيين الاجتماعيين المساهمين في حل العلاج الأسري، سواء بالكتابة، أو البحث، أو التدريب، أمثال: "هوفمان" Lynn Hoffman و "بيجي باب" Peggy Papp و "ماك جولدريك" Monica McGoldrick وغيرهم ممن انضموا إلى عضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري (AFTA)، وعضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الزوجي والأسري (AAMFT) حتى أنهم عرفوا كمعالجين أسريين، وليس كأخصائيين اجتماعيين (Hartman and Laird, 1987).

أمتاز العلاج الأسري بسرعة الانتشار، حيث أخذ فكراً خاصاً في النظر إلى المشكلات الاجتماعية، ومعناً منفرداً في الممارسة المهنية، إلى أن نال حيزاً في العملية التعليمية، في مدارس الخدمة الاجتماعية (Hartman and Laird, 1987). ويصف العلاج الأسري يصور الأسرة في شكل ترابط منطقي، تشرحه مفاهيم واضحة ومكاملة لبعضها، ففي بداياته تجاوز العلاج الأسري عدم احتواءه على نظرية علمية محددة، يمكن أن تقود الممارسة المهنية، أو حتى تقنيات علاجية خاصة، مما كان إيجابياً لتطور العلاج، إذ ساهم ذلك في إيجاد مناخ صحي للمناقشات والكتابات حول العلاج الأسري من الناحية النظرية، والبحثية، وتقنيه الممارسة المتزامنه مع تطورات ممارسة الخدمة الاجتماعية بشكل عام (Hartman and Laird, 1987).

#### مدخل

من الموضوعات الشائعة والمهمة في العلاج الأسري أن السلوك الإنساني ليس بالضرورة نتاج شخصية الإنسان، وترسابتها التاريخية، وإنما قد تعود إلى عملية التفاعل بين الأفراد وبيئاتهم، والتي منها الأسرة. وقد اختلفت نماذج العلاج الأسري من حيث الاستغراق في الماضي من عدمه، بمعنى هل ينظر إلى سلوك الفرد في ضوء محتويات التاريخ الأسري، أم في ضوء الوقت الراهن فقط. وينظر العلاج الأسري إلى السلوك الفردي الخاطيء أو المرضي على أنه نتيجة خلل في البناء الأسري، أو في الاتصال، أو في التنظيم الأسري. لذا نجد العلاج الأسري استخدم ويستخدم في حقول أخرى، كالطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي، وهو ما ساهم في تطوره المطرد. ورغم تباين نماذج العلاج الأسري وتعددتها يمتاز العلاج الأسري بالتشابه في خصائصه العامة. يورد "هارتمان و لايرد" (Hartman and Laird, 1987) بعض الخصائص والاعتبارات العامة التي تميز العلاج الأسري عن غيره من أساليب العلاج الأخرى، فمن هذه الخصائص والاعتبارات مايلي:

(أ) المعالج لا يغير الفرد أو الأسرة. كل ما على المعالج هو خلق مناخ، يمكن الأسرة من اختيار عملية التغيير، ثم المبادرة في صياغة بناء أسري واقعي جديد.

(ب) هناك حد أدنى من الخصائص التي يجب توافرها في الممارس للعلاج الأسري، كالانفتاح على الآخرين، والنشاط، والحيوية في العمل، والمشاركة من خلال التعامل الإيجابي مع الآخرين.

(ج) يتطلب العلاج الأسري غرفة خاصة لعقد الجلسات، على أن تتوفر فيها وسائل مساعدة على الملاحظة الدقيقة للممارس المهني.

- (د) لا يوجد للأسرة حدود واضحة، فهي نسق مفتوح وشامل. وعلى ذلك فالعلاج الأسري، يمكن أن يشمل أي أشخاص آخرين لهم تأثير على الأسرة، حيث يمكن للعلاج الأسري أن يضم أربعين شخصاً أو أكثر.
- (هـ) من الاعتبارات الهامة والأساسية في العلاج الأسري الأساس البيئي للأسرة، الذي يفترض أن يكون محل اهتمام المعالج، سواء خلال عملية التقدير، أو أثناء التدخل المهني، بحيث ينظر إلى ذلك من خلال مدى تماشي الأسرة مع ما يحيط بها من عدمه. ويكون تدخل الممارس المهني من خلال ممارسته لدور المكتشف، ودور المنسق، ودور المدافع عن حاجات الأسرة وأفرادها.
- (و) إن نظام الأسرة بكاملها إلى العلاج الأسري وبدون تخلف بما في ذلك الأطفال يعد عاملاً مساعداً على نجاح العلاج الأسري.
- (ز) الوضوح والالتزام، من المبادئ الهامة في العلاج الأسري. وللممارس المهني أن يعمل وثيقة تعاقده بينه وبين الأسرة، تتضمن الهدف من العلاج، والمشاركين في الجلسات، وعدد الجلسات، وزمن ومدة كل جلسة، ومكان الجلسات، إضافة إلى بعض الأمور الأخرى ذات العلاقة.
- (ح) هناك بعض الاعتبارات العامة التي ينبغي على المعالج طرحها ومناقشتها والاتفاق عليها خلال الجلسة الأولى، كخطوات إجراء التغييرات، وأداء المهمات، والسرية، وإمكانية التعامل الفردي بين المعالج وأحد أعضاء الأسرة، وطرق الاتصال بين أعضاء الأسرة وبعضهم، وبينهم وبين المعالج، إلى غير ذلك من الأمور.
- والعلاج الأسري ليس شرطاً أن ينطلق من مشكلات محددة وواضحة، إذ تتضمن بعض نماذج العلاج الأسري استخدامه في عمليات التوجيه والإرشاد الأسري، الهادف إلى تحسين الأوضاع الأسرية، أو تفعيلها. إلا أن الشائع من نماذج العلاج الأسري تناول مشكلات محددة، ربما تتشابه بين المجتمعات على رغم اختلاف الثقافات. ومن المشكلات الأسرية الشائعة على مستوى العالم:
- 1- سوء التوافق بين الزوجين.
  - 2- اضطرابات العلاقات بين الزوجين والأبناء.
  - 3- الخيانة الزوجية.
  - 4- مشكلة تنظيم النسل.
  - 5- المشكلات الناجمة عن عمل الزوجة.
  - 6- التنشئة الاجتماعية الخاطئة للأبناء.
  - 7- المشكلات الاقتصادية أو المادية.
  - 8- تدخل الأقارب أو غيرهم في شؤون الأسرة.
  - 9- الانشقاق والاختلاف الدائم بين الأبناء.
  - 10- الخلافات والنزاعات الناتجة عن عامل الغيرة، أو عن تعدد الزوجات.

### أهداف العلاج الأسري

يختلف الهدف من العلاج الأسري وفقاً لطبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة، كما يساهم النموذج العلاجي الذي سيمارس في تشكيل الهدف من التدخل المهني، بالإضافة إلى ذلك كله هناك أهداف مباشرة، وأهداف غير مباشرة، وقد يكون هناك أهداف آنية وأهداف مستقبلية. وبالإجمال يهدف العلاج الأسري في الغالب إلى:

- 1- مساعدة الأسرة على تحقيق التوازن والإنسجام في العلاقات بين أفراد الأسرة، وبين الأسرة ككل والبيئة أو المحيط الاجتماعي.
- 2- استكشاف الخلل الوظيفي في البناء الأسري، سواء كان الخلل الاجتماعي، أو النفسي، أو الإقتصادي.
- 3- المحافظة على وحدة الأسرة وكيانها، وتنمية روح الجماعة الأسرية.
- 4- خلق مناخ مناسب لإحداث تغييرات في أنماط الاتصال، بما يساعد الأسرة على حل مشكلاتها الذاتية أو البيئية.
- 5- تقوية القيم الإيجابية لدى الأسرة، وإضعاف قيم السلبية والتنافر بين الأعضاء.
- 6- مساعدة الأسرة على خلق جو مليء بالأمان والاستقرار، يحقق النمو الذاتي السليم، والفاعلية في أداء الأدوار والوظائف.
- 7- مساعدة أفراد الأسرة على حل المشكلات، واتخاذ قراراتهم المناسبة، حول الحاضر والمستقبل.
- 8- إتاحة الفرصة للأسرة لأجل اكتشاف نقاط الضعف في النسق الأسري، أو الخلل الوظيفي في البناء الأسري، ثم المبادرة والتحرك لأجل التغيير أو الإصلاح.

### نماذج العلاج الأسري

هناك خلاف في التوجهات نحو العلاج الأسري من لدن الممارسين المهنيين. البعض يحبذ التقيد بمدرسة محددة خلال ممارسة العلاج الأسري، في حين أن البعض الآخر يحبذ عملية الانتقاء. كما أن هناك اختلاف في هدف التدخل المهني، كتصحيح الأعراض المرضية، أو إحداث تغيير في الفرد والأسرة. إضافة إلى الاختلاف فيما يتعلق بطول فترة العلاج، ثم في عدد أعضاء الأسرة الذين يفترض ضمهم في العملية العلاجية (Hartman and Laird, 1987). وهذه الاختلافات في الرؤى، تُعزى إلى تعدد نماذج العلاج المستخدم في العلاج الأسري، والتي من أبرزها:

#### أولاً/ العلاج الأسري البنائي:

ظهر نموذج العلاج الأسري البنائي structured family therapy بعد عقدين تقريباً من نشوء العلاج الأسري، على يد "سلفادور مينوشن" S. Minuchin الذي اكتشف من خلال عمله مع الأطفال الجانحين، أن البناء الأسري وعلاقته

بالبيئة هو المحدد للعلاقات الأسرية. وعلى ذلك يقوم التدخل المهني على مساعدة الأسرة على فهم كيفية تطوير القواعد والأدوار الأسرية بينهم كأعضاء، ثم بينهم كأُسرة وبين الأسر الأخرى في المحيط الاجتماعي (Barker, 2003).

#### ثانياً/ العلاج الأسري النسقي:

يعتمد العلاج الأسري النسقي أو علاج الانساق الأسرية family system therapy على جوهر العلاقات بين أفراد الأسرة، على أنه الميدان والنقطة الذي تبدأ من خلاله علميات التغيير. ويعد هذا النموذج من النماذج المبكرة والشائعة، وقد أسسه "موراي بوين" M. Bowen حينما كان يدرس طبيعة الاندماج والاقتران لدى الأسرة متعددة الأجيال (Walsh, 1997).

#### ثالثاً/ العلاج الأسري الاستراتيجي:

يقوم العلاج الأسري الاستراتيجي strategic family therapy على مبدأ مساعدة الأسرة على إيقاف تبادل العلاقات المسببة للأعراض السلوكية الواقعة. وعلى ذلك يقوم المعالج برسم تدخل مهني لحل مشكلات عدة. على أن ذلك يتطلب من النظام الأسري تغيير جميع التفاعلات الأخرى. وقد ساهم في بلورة هذا النموذج العلاجي "جي هيلي" J. Hley (Barker, 2003).

#### رابعاً/ العلاج الأسري النفسي الدينامي:

يرتبط العلاج الأسري النفسي الدينامي psychodynamic family therapy بنظرية العلاقات الدافعة وبعلم النفس التحليلي، التي ترى بأن علاقة الشخص بالآخرين تعتمد وبشكل أساسي على العلاقات المبكرة لذلك الإنسان مع والديه (Walsh, 1997). وفي العلاج الأسري يُنظر إلى الشخص ذو العلاقات المضطربة مع أسرته، على أنه حامل لمرض العلاقات الفاشلة، من أسرته الأصلية (والديه)، إلى أسرته الجديدة (زوجته وأولاده) ويتركز العلاج على العلاقة المضطربة الأصلية.

#### خامساً/ العلاج الأسري المتطور:

يعود العلاج الأسري المتطور أو مابعد الحديث postmodern family therapy في جذوره إلى أكثر من نموذج علاجي كالإستراتيجي والنسقي، إلا أنه ينفرد باعتماده على الاستدلال والاستنتاج والشرح المبني على رؤية واقعية. ومحور هذا النموذج الحديث هو إعادة تركيز الاهتمام نحو الحلول والعمليات الداعمة لها بجانب احتمالات المستقبل، بدلاً من التركيز على المشكلة وطبيعتها. ويكون دور المعالج البحث عن حلول سبق أن ثبت فاعليتها في مواقف سابقة لتجريب احتمالية جدواها في الوقف الحالي وفي المستقبل (Walsh and Grosser, 2000).

#### سادساً/ العلاج الأسري التجريبي:

يقوم العلاج الأسري التجريبي experiential family therapy على مسألة الاختيار، والحرية، وتقرير الفرد لمصيره، والنمو، والواقعية. ويرتكز العلاج على معنى (هنا والآن) خلال التفاعل بين الأسرة والمعالج، عوضاً عن اكتشاف الخبرات أو الأحداث الماضية. أسس هذا الأسلوب العلاجي "كارل وايتكير" C. Whitaker (Walsh, 1997).

#### سابعاً/ العلاج الأسري ذو الأجيال المتعددة:

يرتبط العلاج الأسري ذو الأجيال المتعددة multigenerational family therapy بعلاج الأندساق الأسرية المستمد من نظرية التوظيف الأسري أو مايسمى بالنظرية البوينية نسبة إلى Murray Bowen. هذا الاتجاه العلاجي يرى بأن الأسرة تفهم بشكل صحيح بواسطة تحليل ثلاثة أجيال متعاقبة على الأقل، كما أن التنبؤ بطبيعة العلاقات يقوم على ذلك التحليل، وبالتالي فالعلاج يشير إلى أن المشكلات الفردية تفهم من خلال وظيفة الأسرة كوحدة عاطفية واحدة (Hartman, 1995).

#### ثامناً/ العلاج الأسري النفسي التربوي:

يقوم العلاج الأسري النفسي التربوي psychoeducational family therapy على الممارسة الخاصة مع الأوضاع الأسرية التي تعاني من الاضطرابات الجسمية المزمنة، وكذلك الأمراض العقلية المزمنة مثل مرض الفصام، كما يستخدم العلاج أيضاً مع التحديات الجديدة التي تواجه الأسر مثل الطلاق، وتكرار الزواج، وضغوطات فقدان الوظيفة أو العمل. ويعتمد هذا اللون من العلاج على تربية الأسرة، ومساعدتها على تجاوز الأزمات، وإعادة التكيف مع الظروف الغير قابلة للتعديل. كما شاع ممارسة العلاج الأسري النفسي التربوي في المستشفيات العامة والنفسية (Rolland, 1994).

#### تاسعاً/ العلاج الأسري السلوكي:

يعتمد العلاج الأسري السلوكي behavioral family therapy على النظرية السلوكية ونظريات التعلم التقليدية. ويرتكز العلاج على أدوار الأسرة، وعمليات المحادثة والتحاور بين أعضاء الأسرة، على أن السلوك الاجتماعي متعلم وبالتالي يمكن تعديله أو تغييره. وعلى ذلك يتمحور دور المعالج حول مساعدة أعضاء الأسرة على الوعي بتأثير السلوك وكيفية تعديله إلى الأفضل (Walsh, 1997).

#### عاشرأ/ العلاج الأسري الأدلري:



يرجع العلاج الأسري الأدلري Adlerian family therapy إلى "الفريد أدلر" A. Adler ويرى بأن الإنسان يعمل على تحقيق أهدافه، بفعل اهتماماته الاجتماعية. وعلى ذلك يتمحور العلاج حول تنمية الاهتمامات الاجتماعية لدى الناس، ليكونوا قادرين على العيش والتفاعل السليم (Bitter et al., 1998). وهذا الأسلوب العلاجي هو ماسيناقتش باستفاضة في الصفحات القادمة من هذا الفصل.

#### الخصائص المشتركة بين نماذج العلاج السابقة:

- (1) أغلب نماذج العلاج الأسري ترى بأن السلوك أرتباطي، يجيء نتيجة علاقة بالغة التعقيد بين الناس وبيئاتهم، وهو ما يتطابق مع منظور الفرد في الموقف person-in-situation في الوقت الذي يؤكد فيه على أن الأسرة جزء من البيئة أو المحيط الاجتماعي.
- (2) أن الأسرة عبارة عن نظام اجتماعي مفتوح الحدود، إلا أنها تختلف في بعض النقاط التفصيلية حول هذه الخاصية.
- (3) أن الأسرة هي العميل. بمعنى أن النظرة إلى الأسرة كوحدة أو كيان قائم هي الأساس، وليس الفرد، أو الأجزاء الفرعية من الأسرة.
- (4) بغض النظر عن الأدوار التي يمارسها المعالج، والتي قد تختلف من نموذج علاجي لآخر، ومن أسرة لأخرى، التغير إلى الأفضل لابد وأن يتم بواسطة الأسرة.
- (5) تبادل الأسئلة، ولعب الأدوار، والحوارات البسيطة، من الأدوات المستخدمة في جلسات العلاج الأسري.
- (6) إعطاء الأسرة خبرات جديدة، من الوسائل الهامة في نماذج العلاج الأسري، وذلك من خلال تكليف الأسرة أداء مهمات خارج جلسات العلاج الأسري، ثم التحقق من فائدة ذلك، من خلال النظر إلى ما تحققه الأسرة، أو ما يطرأ على الأسرة من تغير، خلال الفترة الزمنية الواقعة بين جلسات العلاج. ويعتبر تطوير المهمات، أو الأدوار التقليدية، من بين تلك الوسائل الفعالة.

#### المراجع العلمية :

تشخيص الحالة اعتمد على المراجع العلمية التالية :

السماك امينه وآخرون

2010م الدليل التخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية . الكويت الطبعة الثانية .

الفوزان عبدالله محمد

2002م قضايا ومشكلات اجتماعية معاصره – دار الزهراء الرياض

العبيدي ابراهيم محمد

1423 علم الشيخوخة الاجتماعي - دار الزهراء الرياض

(1) د . رأفت عبد الرحمن محمد

الخدمة الاجتماعية العيادية نحو نظرية للممارسة المهنية مع الأفراد الكتاب الثالث مصر.