



## عقد نشر كتاب

يبرم هذا العقد بين:

الطرف الأول الدكتورة: أمال بن عبد الرحمان

بصفقتها صاحبة كتاب:

العلاجات النفسية  
وأساليب تطبيق التقنيات العلاجية

ردمك رقم: ISBN:978.9931.550.81.5 السداسي الأول:2022

الطرف الثاني: دار الخيمة للنشر والتوزيع

وبموجب العقد يلتزم الطرفان بما يلي:

1. فوض الطرف الأول الطرف الثاني طبع الكتاب المذكور ونشره وتوزيعه وإعادة السحب والنشر والتوزيع خلال مدة سريان العقد بحسب ما يقدر هذا الطرف.
2. التزم الطرف الثاني المحافظة على نصوص الكتاب وعدم التغيير فيها إلا إذا اقتضى الأمر ذلك وبمشورة من الطرف الأول وموافقته.
3. التزم الطرف الثاني العمل على طباعة الكتاب المذكور على أحسن مقاييس الجودة المتوفرة.
4. التزم الطرف الثاني إعلام الطرف الأول عند صدور أي سحب جديد يتم خلال مدة العقد.
5. تعود للطرف الثاني ملكية حقوق طباعة الكتاب وتصميم غلافه بعد تمام عملية الطبع.
6. التزم الطرف الأول في مدة سريان العقد ألا يعقد عقداً من أي نوع مع أي جهة كانت خاصة أو عامة داخل الجزائر وخارجها للطباعة أو النشر للكتاب المتعاقد عليه.
7. اتفق الطرفان على أن العقد قابل للتجديد حسب إرادتهما.
8. يلتزم الطرف الأول تحمل كافة التبعات الأدبية والقانونية المترتبة على الآراء الواردة في الكتاب.
9. مدة سريان العقد سنتين ابتداءً من تاريخ النشر قابلة للتجديد حسب رغبة الطرفين.

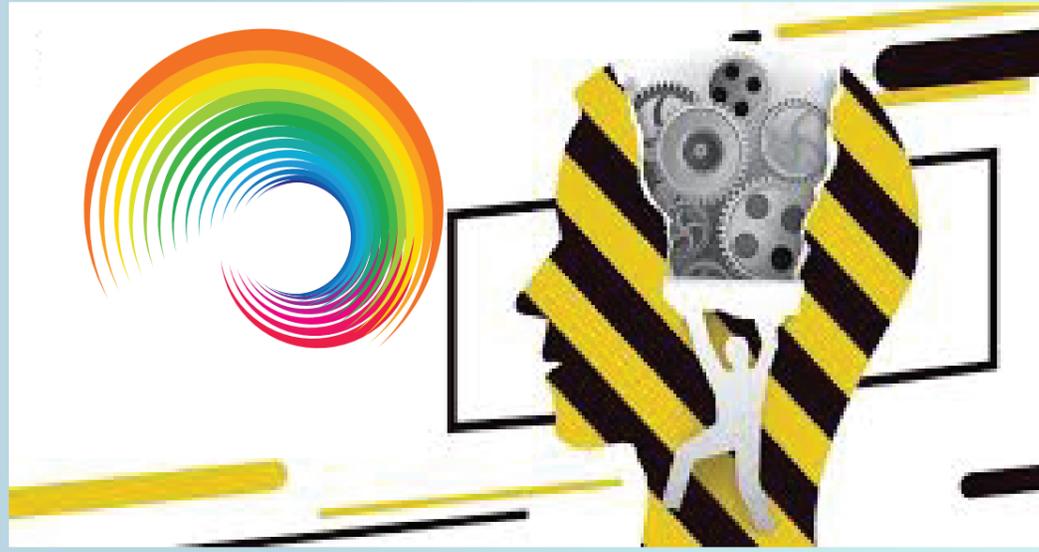
بتاريخ: 2022/04/20

الطرف الأول

د. أمال بن عبد الرحمان



# العلاجات النفسية وأساليب تطبيق التقنيات العلاجية



تأليف الدكتورة  
أمال بن عبد الرحمان



Dar Alkhaima  
دار الخيمة للنشر والتوزيع

العلاجات النفسية

د/ أمال بن عبد الرحمان



الدكتورة أمال بن عبد الرحمان بنت بلقاسم.  
من مواليد 25/04/1983 بولاية غرداية

بالجنوب الجزائري، كانت بداية دراستها في ابتدائية بغرداية ثم التعليم المتوسط والثانوي بمدينة متليلي، وتحصلت على شهادة البكلوريا في جوان 2002، وشهادة ليسانس في علم النفس العيادي في 2006 بجامعة ورقلة. ثم شهادة النجاح في مسابقة الماجستير في 2007، ثم شهادة التفوق في السنة أولى ماجستير وشهادة الماجستير في 2010 وشهادة دكتوراه العلوم بجامعة الجزائر (2) تخصص علم النفس العيادي 2016. وشهادة التأهيل الجامعي بجامعة الاغواط في 2018، عملت كأستاذة مؤقتة بجامعة غرداية في 2010 ثم توظيف، عملت كأخصائية نفسانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بمتليلي في 2007، ورئيسة اللجنة البيداغوجية للسنة الثالثة علم النفس العيادي بجامعة غرداية منذ 2017، تشغل حاليا منصب عالي لمسئولة فريق اختصاص تخصص علم النفس العيادي منذ 2016، ورست المقاييس التالية: "تقنيات الفحص والكشف، علم النفس المرضي، النمو الحسي الحركي، دراسة حالة، اضطرابات اللغة والوظائف، علم الإجرام، العلاجات النفسية، العلاج التحليلي، التربص الميداني علم النفس المرضي للطفل والمراهق، علم النفس المرضي للراشد، اضطرابات الشخصية للراشد وتدريب في الدكتوراه". حاصلة على شهادة المشاركة في دورة تدريبية حول علاج الإدمان بمركز الدكتور: أحمد جمال ماضي أبو العزائم للطب النفسي وعلاج الإدمان بالقاهرة في 2009، وحاصلة على شهادة عون إداري في الإعلام الآلي في 2004. وشهادة NLP Diploma وشهادة NLP Assistant Practitioner وشهادة Certified NLP Practitioner في 2006، من ILLAF Train وشهادة Procedures of counseling and Psychotherapy من ILLAF Train، وشهادة في دورة الاسترخاء وشهادة دورة العلاج بالحرية الانفعالية من نوبل أكاديمي للتنمية البشرية والاستشارات، تهتم الدكتورة ميدان: "العلاجات النفسية، العلاج التحليلي، العلاج المعرفي السلوكي، العلاجات الحديثة، التشخيص والفحص النفسي، الاختبارات الاسقاطية" وشاركت في العديد من الملتقيات الدولية والوطنية والأيام الدراسية والندوات العلمية.



Dar Alkhaima  
دار الخيمة للنشر والتوزيع

دار الخيمة

حي باب الشارف، وسط مدينة الجلفة  
0781789395



9789931550815

# العلاجات النفسية

## وأساليب تطبيق التقنيات العلاجية

تأليف الدكتورة  
أمال بن عبد الرحمان



حقوق الطبع محفوظة  
دار الخيمة للطباعة والنشر والتوزيع



ردمك: 5- 81 - 550 - 9931 - 978

السداسي 1 / 2022

## دار الخيمة

حي باب الشارف، وسط مدينة الجلفة

هاتف: 0781 789395

E-mail :darelhkaima@outlook.com

دار الخيمة للنشر والتوزيع: facebook





## نبذة مختصرة عن الكاتب:

**الدكتورة أمال بن عبد الرحمان بنت بلقاسم.** من مواليد 1983/04/25 بولاية غرداية بالجنوب الجزائري، كانت بداية دراستها في ابتدائية بغرداية تم التعليم المتوسط والثانوي بمدينة متليلي، وتحصلت على شهادة البكالوريا في جوان 2002، وشهادة ليسانس في علم النفس العيادي في 2006 بجامعة ورقلة. ثم شهادة النجاح في مسابقة الماجستير في 2007، ثم شهادة التفوق في السنة أولى ماجستير. وشهادة الماجستير في 2010 وشهادة دكتوراه العلوم بجامعة الجزائر(2) تخصص علم النفس العيادي 2016. وشهادة التأهيل الجامعي بجامعة الاغواط في 2018، عملت كأستاذ مؤقت بجامعه غرداية في 2010 تم توظيف الدكتورة بجامعه غرداية في 2011، عملت كأخصائية نفسانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بمتليلي في 2007، ورئيسة اللجنة البيداغوجية للسنة الثالثة علم النفس العيادي بجامعة غرداية منذ 2017، تشغل حاليا منصب عالي لمسؤولة فريق اختصاص تخصص علم النفس العيادي منذ 2016، ورست المقاييس التالية: " تقنيات الفحص والكشف، علم النفس المرضي، النمو الحسي الحركي، دراسة حالة، اضطرابات اللغة و الوظائف، علم الإجرام، العلاجات النفسية، العلاج التحليلي، التربص الميداني، علم النفس المرضي للطفل والمراهق، علم النفس المرضي للراشد، اضطرابات الشخصية للراشد وتدرّيس في مستوى الدكتوراه". حاصلة على شهادة المشاركة في دورة تدريبية حول علاج الإدمان بمركز الدكتور: أحمد جمال ماضي أبو العزائم للطب النفسي وعلاج الإدمان بالقاهرة في 11/04/2009، عند القيام بتكوين قصير المدى بالجمهورية المصرية في 2009 وحاصلة على شهادة عون إداري في الإعلام الآلي في 2004. وشهادة دورة الاسترخاء وشهادة دورة العلاج بالحرية الانفعالية من نوبل أكاديمي للتنمية البشرية والاستشارات، تهمم الدكتورة ميدان: " العلاجات النفسية، العلاج التحليلي، العلاج المعرفي السلوكي، العلاجات الحديثة، التشخيص والفحص النفسي، الاختبارات الاسقاطية " وشاركت في العديد من الملتقيات الدولية والوطنية و الأيام الدراسة والندوات العلمية.

## خلاصة الكتاب:

يحتوي هذا الكتاب على عدد كبير من الأساليب والتقنيات العلاجية، والتي يحتاجها كل ممارس نفسي إكلينيكي أو طالب في علم النفس خاصة تخصص علم النفس العيادي بكل مستوياته، بحيث تم التطرق الى العلاجات النفسية والنظريات التي تعتمد عليها، وبعض المفاهيم الأساسية في تطبيق هذه العلاجات النفسية، وكذا عرض التقنيات العلاجية من حيث توضيح مفهوم التقنية تم المبدأ الذي تقوم عليه، تم طريقة تطبيقها مما يسهل عملية الاعتماد عليها في ميدان الأخصائي، بحيث يحتوي هذا الكتاب على فصلين: فصل للعلاجات النفسية التحليلية الكلاسيكية والحديثة "المستوحات من التحليل النفسي" ومختلف الفنيات العلاجية فيها مع أسلوب تحليلها كأداة في التحليل النفسي، أما الفصل الثاني تطرقت فيه الى العلاج التكاملية الحديث كمنهج متبع حاليا والأكثر نجاعة في ميدان العلاجات النفسية في العالم، من حيث دقة التشخيص والمرونة في العلاج وتحقيقا للأهداف العلاجية فهو يختار الأسلوب الأنسب لعلاج الفرد دون التقييد بتوجه معين، ويركز على أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي مع المفحوص، وتطرقت أيضا الى العلاجات المعرفية السلوكية ومعظم التقنيات العلاجية التي يطبقها هذا المنهج الفسيفسائي، تم تطرقنا الى العلاجات الجماعية مثل: "العلاج الأسري والزواجي"، وأهم العلاجات الفردية: "كالعلاج العقلاني الانفعالي، العلاج المتمركز حول العميل والعلاج الإنساني"، هي مجموعة من المعلومات قد تنير فكر المعالج وتساعد في التدخل العلاجي المبكر والدقيق في نفس الوقت.

د. أمال بن عبد الرحمان

	ملخص الكتاب.....
أ - ح	فهرس المحتويات
1	مقدمة الكتاب .....
4	الفصل الأول: تقنيات العلاج ذو المنحى التحليلي.....
4	مقدمة .....
5	المحاضرة 1: التحليلي الفرويدي الكلاسيكي.....
5	تمهيد .....
7	1. مفهوم العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي "Psychanalysais" .....
9	2. أهداف العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي.....
10	3. المبادئ النظرية للعلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي.....
12	4. لمحة تاريخية عن حياة مؤسس التحليل النفسي "سيجموند فرويد".....
17	5. الأسس النظرية للتحليل النفسي الكلاسيكي وتقنياته العلاجية.....
26	5. مراحل النمو النفسي الجنسي في تحليل النفسي.....
26	6. المرض النفسي في إطار نظرية التحليل النفسي.....
32	7. ايجابيات وسلبيات العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي.....
34	8. اليات تفسير التحليل النفسي.....
36	خلاصة.....
36	المحاضرة 2: العلاج تحليلي المستوحى من التحليل النفسي.....
36	تمهيد .....
37	1. تعريف العلاج التحليلي قصير المدى.....
38	2. أهداف العلاج التحليلي قصير المدى.....
39	3. المنظرين الجدد في العلاج المستوحى من التحليل النفسي "ألفرد أدلر".....
39	3.1. نبذة عند "ألفرد أدلر Alfred Adler" المحلل النفسي.....
41	3.2. الجوانب الأساسية التي ركز عليها أدلر في خطوات العلاج.....
41	3.3. إجراءات العملية العلاجية حسب نظرية أدلر.....
42	3.4. ايجابيات وسلبيات نظرية "الفرد أدلر".....

42	4. المنظرين الجدد في العلاج المستوحى من التحليل النفسي "كارل يونغ".....
42	1.4. نبذة عند "كارل يونغ Carl Gustav Jung" المحلل النفسي.....
46	2.4. إجراءات العملية العلاجية حسب نظرية "كارل يونغ".....
47	3.4. إيجابيات وسلبيات نظرية "كارل يونغ".....
48	5. تقنيات العلاجية التطبيقية في التحليل النفسي.....
49	خلاصة.....
50	المحاضرة 3: العلاج بالتداعي الحر.....
50	تمهيد.....
50	1. تقنية العلاج بالتداعي الحر.....
52	2. خطوات تقنية التداعي الحر أو الترابط الطليق.....
53	3. شروط طريقة تطبيق تقنية التداعي الحر.....
55	خلاصة.....
56	المحاضرة 4: التفريغ أو التطهير الانفعالي.....
56	تمهيد.....
56	1. تعريف التفريغ الانفعالي.....
57	2. الهدف من تقنية التفريغ الانفعالي.....
57	3. مراحل الثلاثة لتقنية التفريغ الانفعالي.....
58	خلاصة.....
59	المحاضرة 5: العلاج بالتنويم المغناطيسي.....
59	تمهيد.....
60	1. تعريف العلاج بالتنويم المغناطيسي.....
61	2. تعريف حالة الخدر في تقنية التنويم المغناطيسي.....
61	3. تقنية التنويم المغناطيسي وأمواج الدماغ.....
62	4. تاريخ تطور تقنية التنويم المغناطيسي.....
65	5. كيفية استعمال تقنية التنويم المغناطيسي.....
69	6. مجالات استعمال تقنية التنويم المغناطيسي في العلاج النفسي.....

73	..... خلاصة
74	..... المحاضرة 6: آلية تحليل التحويلات
74	..... تمهيد
74	..... 1. تعريف التحويلات النفسية
76	..... 2. أنواع التحويلات النفسية
77	..... 3. تحليل التحويلات النفسية
77	..... خلاصة
78	..... المحاضرة 7: تحليل المقاومة
78	..... تمهيد
79	..... 1. تعريف آلية المقاومة أثناء العلاج
80	..... 2. مظاهر آلية المقاومة
81	..... 3. طرق علاج ظهور آلية المقاومة أثناء الجلسة
83	..... خلاصة
83	..... المحاضرة 8: تحليل الأحلام
83	..... تمهيد
84	..... 1. تعريف آلية الحلم
85	..... 2. آلية تحليل الأحلام في التحليل النفسي
88	..... 3. طريقة العلاج بتفسير الحلم
90	..... خلاصة
90	..... المحاضرة 9: تقنية العلاج بالسيكودراما التحليلية
90	..... تمهيد
91	..... 1. تعريف تقنية السيكودراما
93	..... 2. أهمية العلاج بتقنية السيكودراما
93	..... 3. أهداف العلاج بتقنية السيكودراما
95	..... 4. خطوات تطبيق تقنية العلاج بالسيكودراما
96	..... 5. أنواع فنيات العلاج بتقنية السيكودراما

97	6. استراتيجيات الجلسة العلاجية المسرحية.....
98	7. حالة استخدام تقنية العلاج بالسيكودراما.....
99	خلاصة.....
100	الخاتمة.....
101	الفصل الثاني : فنيات العلاج التكاملي وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي.....
101	مقدمة.....
102	المحاضرة 10: تقنية العلاج النفسي متعدد الأوجه كعلاج حديث.....
102	تمهيد.....
103	1. تعريف العلاج النفسي متعدد الأوجه.....
105	2. المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج النفسي متعدد الأوجه.....
106	3. أهداف العلاج النفسي متعدد الأوجه.....
107	4. الأبعاد السبعة للشخصية "BASIC-ID".....
110	خلاصة.....
111	المحاضرة 11: العلاج السلوكي.....
111	تمهيد.....
111	1. تعريف العلاج السلوكي.....
112	2. الأصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي.....
113	3. أهداف العلاج السلوكي.....
113	4. خطوات العلاج السلوكي.....
115	خلاصة.....
116	المحاضرة 12: العلاج المعرفي.....
116	تمهيد.....
116	1. تعريف العلاج المعرفي.....
118	2. أهداف العلاج المعرفي.....
119	3. المبدأ الأساسي لتطبيق العلاج المعرفي.....
120	4. خطوات تطبيق تقنيات العلاج المعرفي.....

121	5. عيوب العلاج المعرفي.....
121	خلاصة.....
122	المحاضرة 13: العلاج المعرفي السلوكي.....
122	تمهيد.....
122	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....
125	2. نشأة العلاج المعرفي السلوكي.....
127	3. المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي.....
129	4. الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي.....
130	5. جلسات العلاج المعرفي السلوكي.....
131	6. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.....
131	1.6. تقنية رصد الأفكار الخاطئة.....
133	2.6. تقنية أو فنية تغيير الأفكار السلبية بأفكار ايجابية.....
134	3.6. تقنية أو فنية وقف الأفكار.....
135	4.6. تقنية مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية.....
135	5.6. استخدام تقنية التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية.....
136	6.6. تقنية المراقبة الذاتية.....
136	7.6. تقنية المتصل المعرفي.....
137	8.6. تقنية الجدل المباشر.....
138	9.6. تقنية التعريض.....
139	10.6. تقنية التخيل.....
140	11.6. تقنية الواجبات المنزلية.....
142	12.6. فنية صرف الانتباه أو وقف الافكار الخاطئة.....
144	13.6. تقنية ملء الفراغ.....
145	14.6. تقنية اختبار الدليل.....
145	15.6. تقنية الحوار الذاتي.....
146	16.6. تقنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.....

147	..... 17.6. تقنية التجريد الانتقائي
148	..... 18.6. تقنية تبادل الأدوار أو الكرسي الفارغ
149	..... 19.6. تقنية الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه
150	..... 20.6. تقنية توكيد الذات
151	..... 21.6. التدعيم الإيجابي
151	..... 22.6. التدعيم السلبي "التشيط"
151	..... 23.6. التدعيم المتمايز
151	..... 24.6. تشكيل الاستجابة
152	..... 25.6. تقنية العقاب
152	..... 26.6. تقنية النمذجة
153	..... 27.6. تقنية وضع الحدود والقواعد
154	..... 28.6. تقنية التعليمات الشفهية
155	..... 29.6. تقنية التدريب على حل المشكلات
156	..... 30.6. تقنية العلاج بالتنفير
157	..... 31.6. تقنية العلاج بالغمر
158	..... 31.6. تقنية العلاج بخط الزمن
160	..... 32.6. تقنية تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي
161	..... 33.6. آلية تطبيق تقنية العلاج الإنساني
162	..... 34.6. تقنية العلاج النفسي المتمركز حول العميل
164	..... خلاصة
165	..... المحاضرة 14: العلاج بتقنية الاسترخاء "Relaxation"
165	..... تمهيد
166	..... 1. تعريف بالتقنية الاسترخاء
168	..... 2. طرق تطبيق تقنية الاسترخاء
169	..... التمرين الأول: تدريبات التنفس
170	..... التمرين الثاني: تدريبات الذراعين

171	التمرين الثالث: تدريبات الرجلين.....
172	التمرين الرابع: عضلات الكتفي.....
172	التمرين الخامس: عضلات الوجه.....
173	التمرين السادس: عضلة الرقبة.....
173	التمرين السابع: عضلات الصدر.....
174	التمرين الثامن: عضلات الظهر.....
174	التمرين التاسع: عضلات البطن.....
175	التمرين العاشر: عضلات القدمين.....
176	3. استعمالات تقنية الاسترخاء.....
176	خلاصة.....
177	المحاضرة 15: تقنية العلاج الأسري.....
177	تمهيد.....
177	1. تعريف العلاج الأسري.....
179	3. أهداف العلاج الأسري.....
180	4. مراحل العلاج الاسري.....
180	1.4. المرحلة الأولى.....
181	2.4. المرحلة الثانية.....
182	3.4. المرحلة الثالثة.....
183	خلاصة.....
183	المحاضرة 16: العلاج الزوجي.....
183	تمهيد.....
184	1. تعريف تقنية العلاج الزوجي.....
184	2. أهداف تقنية العلاج الزوجي.....
185	3. خطوات تطبيق تقنيات العلاج الزوجي.....
186	خلاصة.....
186	المحاضرة 17: تقنيات العلاج العقلائي الانفعالي.....

186	تمهيد .....
187	1. تعريف العلاج العقلائي الانفعالي.....
188	2. مبادئ العلاج العقلائي الانفعالي.....
189	3. فنيات العلاج العقلائي الانفعالية.....
189	3.1. التخيلات العقلية والانفعالية.....
189	3.2. القبول غير المشروط.....
189	3.3. التمارين المهاجمة للخجل.....
190	3.4. لعب الدور.....
190	3.5. اللغة المشحونة عاطفياً.....
190	خلاصة.....
191	الخاتمة.....
193	المراجع العربية .....
198	المراجع الاجنبية .....

## مقدمة الكتاب:

هناك مناهج متعددة تستخدم في العلاج النفسي الحديث، ومنها ما ينجح مع بعض الاضطرابات دون بعضها الآخر، فالاضطرابات النفسية عندما تكون مصاحبه لأعراض المخاوف المرضية أو الاكتئاب أو قلق النفسي المرضي، يجب استعمال متسلسل للتقنيات العلاجية أثناء التطبيق، وبعد القيام بالشخيص الدقيق للحالة، ثم التدرج في تطبيق التقنيات العلاجية، غير أنه يجب مراعاة المنهج العلاجي الذي قامت عليه التقنية العلاجية والمبدأ الذي تعتمده، ثم التمكن من طرق تطبيقها بجديه، وتعرف على حالات اخفاقها في النجاح، مما يعطي للمعالج القدرة على التنبؤ بنسبة نجاح هذه التقنية العلاجية مع هذا الفرد بالذات دون غيره، فحسب نوعية الاضطراب وخصائص الشخصية عند المريض نتمكن من ذلك، وهناك علاجات نفسية تنجح مع مثلاً الأطفال أو المراهقين بحكم المرحلة ولا يمكن تطبيقها مع الراشدين، وهناك ما ينجح مع الحالات العصائية ويصبح شبه مستحيل تطبيقه مع الحالات الذهانية بحكم الخصائص البنيوية للمريض، وهذا الاختلاف بكونها موجودة منذ بداية التكوين للبنية. لهذا يجب أن يكون المعالج واعي لكل هذه المتغيرات وأكثر، ويتعامل بذكاء مع الأعراض التي تظهر عند مرضاه، والتي قد تكون كامنة، فليس كل ما يقدمه المفحوص من معلومات أثناء الجلسة العلاجية يمكن الاعتماد عليه في عملية التشخيص، بغض النظر عن التزييف هناك اللاشعور الذي يسعى جاهدا لإخفاء مكوناته أمام الفرد نفسه وكذا المعالج، فمن الضروري كشف حالات المقاومة النفسية وتحليل الأحلام وتحليل كل سلوك يقوم به الفرد أثناء الجلسة أوحى خارجها، مما نكتشفه بالملاحظة العلمية المباشرة أو بأدوات جمع البيانات، فالمعالجون المعاصرون يستعملون الأساليب التي تتجه الى تعديل القيم، الأفكار المعرفية

الخاطئة، وتفيد أكبر افاده في تناول الاضطرابات التي تهدد الذات وتجعلها في حالة الاختلال، هذه الأساليب العلاجية لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية والتي تلعب الأفكار الخاطئة دورا كبيرا في تفعيلها تحتاج لتقنية رصد الأفكار ثم تغيير الأفكار السلبية بأخرى ايجابية أو وقف هذه الأفكار من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي، والتي تستخدم في شكل تفاعل شخصي منتظم يهدف للمساعدة على التغيير والتغلب على المشكلات بالطريقة المطلوبة، كما يهدف العلاج النفسي إلى تحسين الفرد من حيث الرفاه والصحة النفسية وكذلك حل أو تخفيف السلوكيات المضطربة، وتغيير المعتقدات، وضبط الدوافع والأفكار والعواطف المزعجة، وتحسين العلاقات والمهارات الاجتماعية. فُتعتبر بعض العلاجات النفسية مسندة بدليل لعلاج بعض الاضطرابات النفسية.

تصنف العلاجات النفسية بعدة طرق مختلفة، ويمكن التمييز بين العلاجات القائمة على النموذج الطبي عن تلك القائمة على النموذج الإنساني، ففي النموذج الطبي يُسخر المعالج مهاراته لمساعدة المفحوص للعودة إلى حالته الصحية مرة أخرى، وتُعتبر كثرة استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في الولايات المتحدة مثالا على النموذج الطبي، وفي المقابل فإن النموذج الإنساني أو غير الطبي يسعى جاهدا لإزالة المرض من خلال قيام المعالج بخلق بيئة مواتية تفضي بالمريض إلى حالة من التعلم التجريبي، كما يساعده على بناء ثقته بنفسه مما يؤدي إلى فهم أعمق لذاته، ويرى المعالج نفسه بأنه "مساعد" أو "ميسر للجلسة العلاجية"، وهناك فارق آخر بين النوعين وهو الجلسات الفردية العلاجية والعلاج النفسي الجماعي، بما في ذلك علاج الأزواج والعلاج العائلي، وهناك جدل كبير حول أفضل تقييم لفعالية العلاج النفسي عن طريق التجارب العشوائية المحكمة أو أساليب المقارنة الفردية وأحد المحاولات التجريبية هي

استخدام العلاج الجماعي الذي يقام في عدة جلسات وبطرق مختلفة، وفي بعض الحالات قد لا يحتاج المريض سوى جلسات علاجية مع المعالج، إلا أنه في حالات أخرى وخاصةً المتقدمة قد يحتاج المريض إلى الأدوية ومنها أدوية مضادات الاكتئاب، المهدئات العصبية، مضادات القلق، مضادات الذهان، لكن يبقى العلاج النفسي أفضل من الأدوية خاصة لما يحدثه من تقديم استجابة فيزيولوجية مماثلة لاستجابة الدواء، مما يساعد في إفراز هرمونات السعادة داخل جسده ويصبح أكثر فرح وسعادة، فالأدوية لها أعراض جانبية جدًا سلبية على المريض ونستعملها كحل مؤقت يخفف من حدة الأعراض، وتحتاج متابعة دقيقة دون تهاون أو تخلي عن الدواء في وقت غير مناسب، مما قد يزيد من حدة الاضطراب، فالمنهج العلاجي التكاملي يعتمد ما يسمى "العلاج بالكلام" كما يُعرف بشكلٍ عام بالعلاج النفسي، على الفكرة الأساسية القائلة بأنّ التحدّث عن الأشياء التي تزعجك يمكن له أن يساعد في توضيحها ووضعها في نصابها. إذ يمنحك العلاج مساحةً آمنةً للتحدّث بحريّة عن مشاعرك، أفكارك، تجاربك، مخاوفك، صدماتك ومشاكلك وغيرها الكثير من الجوانب التي تحتاج الضبط والتحكم، فكل العلاجات النفسية تستهل بتقنية التفريغ الانفعالي وتغيير الأفكار ومن ثم تغيير التوجهات والآراء ويهدف الوصول الى مستوى من الراحة والاتزان النفسي، امكانية أن يفهم المفحوص نفسه، وكذا يمضي في تحديد أهدافه الشخصية، وقيّمته بشكل أفضل، ويطور مهارات التواصل لديه من أجل تحسين علاقاته مع ذاته والآخرين، ويكتسب آليات التدخل الفعالة في الوقت المناسب للتأقلم مع المستقبل، مهنة العلاج النفسي مهنة راقية متميزة بحد ذاتها، وللعلاج النفسي تقنيات واستراتيجيات متعددة، وله أشكال وأنماط مختلفة تعتمد على المعالج النفسي وعلى احتياجات المريض، وسنتطرق إليها في هذا الكتاب.

## الفصل الأول: تقنيات العلاج ذو المنحى التحليلي.

### مقدمة:

التحليل النفسي هو توجه نظرية علاجي متخصص شامل طويل الأمد، يتم فيها محاولات من المحلل النفسي للكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور، من: "أحداث، خبرات، ذكريات مؤلمة، دوافع متصارعة، انفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرض النفسي"، ثم استدراجها من اللاشعور الى حيز الشعور عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر الطليق وفق تقنية التداعي الحر أو التفريغ الانفعالي من أجل الاستبصار بها وفهمها وايجاد حلول عملية لها بالتقبل والتغيير. وهناك اتجاهان يتميزان في التحليل النفس هما: " التحليل النفسي الكلاسيكي والتحليل النفسي الحديث أو المستوحى من التحليل النفسي أو التحليل النفسي قصير المدى"، من الفروق ملاحظ بينهما تكمن في اختلافات نظرية أثرت في نواحي ممارسة العلاج وطرق التحليل النفسي.

فأساليب التحليل النفسي هي منهج بحث لدراسة السلوك الإنساني، ونظرية سيكولوجية عن الدينامية الطبيعة الإنسانية وعن بناء الشخصية. وهي أيضا طريقة علاج فعالة يتم فيها إحداث تغيير أساس في بناء الشخصية، وهكذا يعتبر التحليل النفسي على المستوى العلمي مجموعة مترابطة من النظرية والممارسة. ولما كان العلاج النفسي يشكل معالجة تتركز على علاقة شخصية ذات طرفين هما: المعالجة والمريض، فالتحليل النفسي يعتبر علاجا نفسيا ديناميا عميقا وهو أحد أنواع العلاج النفسي فالعلاج النفسي مرادفا للتحليل النفسي، وهناك اتجاهان رئيسيان في التحليل النفسي:

1. التحليل النفسي الكلاسيكي: ورائده سيجموند فرويد S.Freud. بعدما ظهرت

النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي، وكانت اجراءات العلاج النفسي، كما فرضها

فرويد، أرد علماء النفس البحث عن علاج نفسي أقل جهد وتعقيد وأقصر وقتا من الذي يستغرق، ويستعمل طرق عديدة في العلاج ولمدة طويلة مثل الكلاسيكي فظهر العلاج المستوحى من التحليل النفسي وهو أيضا يسمى:

2. التحليل النفسي الحديث: وله أكثر من رائد وهم الفرويديون الجدد New Freudians. أمثال كارل يونج K.Jung، آنا فرويد Anna. Freud، ألفريد أدلر A. Adler. كارين هورني K.Horney، أوتو رانك A.Rank، إيريك فروم I.Fromm، هاري سناك سوليفان S.Sullivan. هذا النوع يتجه الى العلاج النفسي الديناميكي المختصر الذي يتميز بسرعة بناء العلاقة العلاجية والتركيز على مشكلة محددة ضيقة التعريف، والتركيز على هنا والآن كما يكون المعالج في هذه الحالة أكثر نشاطا وفاعلية في العميلة العلاجية وتظهر النتائج في وقت أقصر.

## المحاضرة 1: التحليلي الفرويدي الكلاسيكي.

### تمهيد:

عملية التحليل النفسي هي عملية في غاية الدقة، فها المريض يتواصل مع المحلل النفسي لكي يساعده على فهم نفسه أكثر، ولكي يتمكن المحلل من هذا الفهم بدوره، فإنه يجب أن يتحلى بخصائص عديدة من حيث الشخصية والتدريب ولعل أهم ما في شخصية المحلل هو توفر عامل التفاعل والتأثير والثقة مع المريض، تكريسا لعمله التحليلي وتجريده عن كل ما يخرج عن نطاق عميلة التحليل، ولا بد من المرور بعملية تدريب وتكوين في التحليل النفسي تتراوح بين 5 الى 8 سنوات، ففي السنوات الثلاث الأولى يتدرب على فهم الأمراض النفسية العقلية، وعند انتهاء هذه المدة أو خلالها أحيانا يخضع المدرب الى

عملية تحليل يجريها عليه محلل مختص، والغاية من هذه العملية هي الكشف عن نقاط مشحونة في شخصيته تتعلق بالصدمات والعقد النفسية، والتي يمكن لها أن تحيده من رؤية المشاكل في مريضه، وهو ما قد يحدث إذا كان المحلل يعاني من مشاكل مماثلة في حياته، فيبدأ وبصورة غير واعية الى إبعادها في مخيلته وانكارها، فالهدف الثاني من التحليل هو لا بد للمحلل أن يكشف لما يمكن أن يحدث للمحلل من قلق عندما يتداعى المريض أثناء التحليل النفسي، فالحوادث أو الذكريات قد تمثل حوادث أو ذكريات في تاريخ المحلل، مما يعطل العملية التحليلية وأدائها الصحيح ففشل المحلل في إدراك هذه العملية يجعله عاجزا عن التصرف المناسب في عملية التحليل الشخصي، والتي يمكن أن يمارسها الفرد عن نفسه أو ما يسمى بالتحليل النفسي الذاتي كما فعل فرويد مع نفسه، وبعدها ينتقل إلى الدور الثالث من تدريبه، والذي يتضمن قيامه بإجراء ثلاث عمليات تحليلية كاملة تحت مراقبة محلل مدرب ويقوم المرشح خلال هذه الفترة بإعطاء تقرير مباشر للمشرف مرة كل أسبوع أو أسبوعين وبانتهاء فترة التدريب يكون مؤهلا لعملية القيام بمهنة التحليل النفسي، غير أن جميع أدوار هذا التدريب تضمنه. (فيصل، عباس، 1995، 206)

ويحصل على شهادة محلل نفسي بعد تحليله نفسيا أي مؤهل للقيام بالتحليل النفسي ويتبع كل خطواته حرفيا فالشخص الذي لم يحلل نفسيا على الأقل سنتين ولا يملك شهادة محلل لا يسمى محلل نفسي.

## 1. مفهوم العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي **Psychanalysais** :

يقول سيجموند فرويد إن التحليل النفسي طريقة في المعالجة الطبية للاشخاص المصابين بأمراض عصبية، فإذا ما سلمنا بذلك، يمكنني للحال أن أبين لكم من خلال مثال محدد أن الأمور لا تسير هنا مسراها في سائر فروع الطب، هذا أن لم نقل أنها تسلك إتجاهها معاكسا، فلقد جرت العادة بنا، حين نعالج مريضا من المرضى بتقنية طبية جديدة، أن نؤمن من محاذيرها وأخطارها في نظره، وأن نؤكد له ما وسعنا حتمية نجاح المعالجة. وأعتقد أنه من ضروري سلوك هذا المسلك، فيه تزداد فعلا فرص النجاح، لكننا نسلك غير هذا السبيل حين نستخدم التحليل النفسي في معالجة العصابي. فنحن نطلعه في هذه الحال على صعوبات هذه الطريقة، وما تقتضيه من زمن وجهود وتضحيات، أما عن النتيجة فنقول أنه لا يسعنا أن نقطع له بوعد، وأنها مرهونة بمسلك المريض نفسه وبذكائه وصبره وإذاعه لما يطلب منه، وغني عن البيان أن ثمة أسباب وجيهة تملئ علينا سلوك هذا المسلك غير المؤلف. (سيجموند، فرويد، 1995، ص ص 8-7)

هذا من سلبيات تطبيق العلاج التحليلي الكلاسيكي، لأن المعالج يكون سلبي في هذه الحالة ويتركه لامكانياته النفسية وقدراته العقلية وذكائه وهذا يأخذ وقت كبير في ظهور نتائج العملية العلاجية. واطلق اسم التحليل النفسي على نظرية "سيجموند فرويد" التحليلية بحث يستخدم هذا المصطلح بكثرة لدلالة على أحد العلاجات التي أسسها "فرويد" إلا أن الممارسة الإكلينيكية لتحليل النفسي هي مجرد تطبيقات متعددة التحليل النفسي هو علاج نفسي دينامي عميق وعملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة في اللاشعور، وهي في جملتها خبرات مؤلمة ودوافع متصارعة، وصراعات قوية، ويتم

تحويلها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظي والتداعي الحر والتحليل الأحلام. (هول. س، ترجمة أحمد، عبد العزيز سلامة وسيد أحمد عثمان، 1988، ص 18)

نظر فرويد للعقل الأنساني من الناحية البنائية على أنه يتكون من ثلاثة عناصر:

1. الأنا الدنيا (الهو) وتمثل الدوافع الغريزية والعدوانية.
2. الأنا الوسطى أو الأنا وتمثل مبدأ الواقع والالتزام بمطالب المجتمع، وتمثل حلقة الوصل بين الأنا الدنيا والواقع الخارجي.
3. الأنا الأعلى ويتضمن المثل الخلقية العليا أو الضمير.

(عبد الرحمان، عيسوي، 2005، ص 151)

وهناك بعض المفاهيم أساسية الخاصة بالتحليل النفسي أهمها:

1. **صدمة الميلاد:** وهي الصدمة التي يعيشها الفرد في طفولته نتيجة انفصاله عن رحم أمه وخروجه منه إلى معاناة مراحل النمو المتتالية.
2. **عقدة النقص:** ويقصد بها وجود قصور أو عجز عضوي أو نفسي وعقلي أو اجتماعي أو اقتصادي يؤثر على الفرد نفسياً ويجعله يشعر بعدم الأمن والدونية و نقص في تقدير الذات.
3. **أسلوب الحياة :** وهو الأسلوب الذي ينمو مع الفرد تدريجياً والذي يدور حول التوافق وتحقيق الذات، ولكل فرد أسلوب خاص به في أي منحى من الحياة سواء العلمية أو الاجتماعية.
4. **الغائية :** وهي الهدف الأسمى والأساسي في حياة الفرد.

5. **الإرادة:** وهي القوة المتكاملة للشخصية وقدرة الفرد على اتخاذ القرارات.

(هول. س، ترجمة أحمد، عبد العزيز سلامة وسيد أحمد عثمان، 1988، ص 18 - 19)

يمثل العلاج النفسي عند "فرويد" أهمية كبيرة في مجالات العلاج النفسي، وذلك نظرا لسبقه التاريخي، ولأثاره على أساليب العلاج النفسي المعاصر، وينسب الى "فرويد" أنه اكتشف اللاشعور، وإن كان هناك من يقول بأن علماء آخرين اهتموا الى فكرة اللاشعور قبل فرويد، ويرجع الى "فرويد" الوصف الدقيق والتفصيل لمحتويات اللاشعور، حيث وصفه بأنه: "خزان يغلي بالرغبات الجنسية التي لم تتحقق منذ الطفولة حتى الآن.. الخ"، ولقد أقام "فرويد" نظريته الأولى عن السلوك البشري نتيجة لعمله بالتنويم المغناطيسي ثم بخبرته بالتداعي الحر، وتحليل أحلامه هو وأحلام مرضاه. (عبد الرحمان، العيسوي، 2005، ص ص 153-154)

يعتبر التحليل الكلاسيكي ركيزة تعتمد على العديد من مبادئ، ويركز العلاج بالتحليل النفسي للفرد من خلال الرجوع الى ماضيه عن طريق تقنيات العلاجية التحليلية ينفس فيها الفرد عن انفعالاته ومكبوتاته، ويتعاون مع المعالج على فهمها وترتيبها عن طريق الایحاء، فبوسعه أن تتذكر ماضيك والوصول به بطريقة واعية الى سطح الشعور لمواجهة والتعامل معه، والارتقاء بالذات وتنشيطها، وبالتالي ينخفض الصراع وتعود حياة النفسية للتوافق ويتلاشى القلق ويشعر بالراحة.

## 2. أهداف العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي:

1. الحرص على اعادة التوازن بين أركان الشخصية الثلاثة أي تحليل دوافع الهو، وتحليل مطالب الأنا الأعلى وتحليل مقومات الأنا يجعلها شعورية.
2. توجيه الاهتمام الى حل الصراعات التي يعاني منها المريض.

(عبد الرحمان، عيسوي، 2005، ص 231)

3. أحداث تغيير في إدراك المريض للأشياء وإحداث تغيير في معرفته ومشاعره اتجاه نفسه وإحداث تغيير في معرفته ومشاعره اتجاه نفسه وأحداث تغيير في سلوكه، وجعل المواد اللاشعورية شعورية، وتنمية بصيرة المريض ومساعدته في حلها، وتسهيل التداعي الحر، وتحليل التحويل والتغلب على المقاومة، وزيادة اهتمام المريض بالتحليل وشعور المحلل بعمل شيء ملموس للمريض. (زهران، حامد عبد السلام، 2005، ص230)

1. تغيير جذري في الشخصية مع القدرة على الاستبصار والفهم.  
(أحمد، عكاشة وطارق، عكاشة، 2018، ص267)

2. تحرير الليبدو من الجمود أو التثبيت.

3. إعادة بناء الشخصية على أسس تؤدي الى زيادة قدرة الفرد على إيجاد إشباع لحاجاته الذاتية بطرق مقبولة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للعالم الذي يعيش فيه وتحريره بحيث ينمي قدراته. (عبد الرحمان، عيسوي، 2005، ص157)

### 3. المبادئ النظرية للعلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي:

أحدثت هذه النظرية ثورة كبيرة في الفكر الإنساني، ولازال تأثير فعاليتها تسود إلى حد الآن. وذلك راجع لأصالتها باكتشاف "سجموند فرويد" ولأهمية ودور اللاشعور من جهة والجنسية الطفلية من جهة أخرى في الحياة النفسية للفرد، فبالنسبة إليه الجنسية الطفلية تبرز مع بداية الحياة وتمر عبر مراحل مختلفة قبل أن تصل إلى نضجها التناسلي، وتنضج وتكتسب طابعها التناسلي لما يصبح هدفها عند الراشد هو النشاط الجنسي مع الجنس الآخر، نظرية التحليل النفسي كنظرية نفسية دينامية هي: "منهج وأسلوب علاجي طوره "سيجموند فرويد S.Freud" وحاول فهم الإنسان نفسيا عقليا سلوكيا،

مع تحليل العمليات العقلية اللاشعورية وتوضيح العلاقة بين الشعور واللاشعور، وطريقة علاج نفسي التحليل النفسي الفرويدي ترجع لأسلوب خاص في العلاج، بحيث يدفع المريض للبحث بأفكاره عبر تقنية التداعي الحر مثلا، فيكتشف المحلل عن الصراعات اللاشعورية، والتي تسبب أعراض عند المريض واضطرابات في شخصية، ويفسرهما المعالج للمريض ليفهم ويتقبل العلاج".

ومن ناحية تفسيره للسلوك أرجعه أولا للدافع الجنسي، وعندما درس بعض المظاهر السادية والمازوشية وضع فرضا آخر أو غريزة أخرى سماها غريزة الموت أو العدوان أوالتخريب، أما السادية فنزعة تجعل الفرد يتلذذ بإيقاع الأذى بالآخرين، والمازوشية تعني التمتع بالحاق الأذى بالذات، فتوجد دوافع الجنسية والعدوانية في الفرد منذ ميلاده، ففي الأصل توجد الأنا الدنيا "الهو"، فينشق منها كل من الأنا الوسيط والانا الاعلى، ويصبح لكل منهما وظيفة مستقلة وتسير الأنا الدنيا وفق مبدأ اللذة، فيرى "فرويد" أن الأنا الأعلى يبدأ بالتمايز والوضوح في السن الخامسة أو السادسة، أما الأنا الوسيط فيبدأ نموها في الشهر السادس تقريبا، وتنمو الأنا الوسيط في الطفل عن طريق الأوامر والنواهي من الوالدين و المربيين له، فيكف عن الرغبة في إشباع دوافعه، والأنا الوسيط هي الوسيط بين الهو والبيئة الخارجية وهي المسؤول عن العمليات العقلية كالادراك والتفكير والوجدان والاختيار، وهي التي تضبط رغبات الأنا الدنيا، ولا تبدأ الأنا العليا في أداء وظيفتها في السنة الخامسة أو السادسة من عمر الطفل، حيث تصبح القواعد والضوابط الخلقية داخلية عند الطفل، أما قبل ذلك فالطفل يسلك سلوكا خلقيا تبعا لتعليمات الوالدين، ويعتبر "فرويد" جزءا كبيرا من الأنا اللاشعورية، وهو بذلك يختلف عن ضمير يعمل عمل الرقيب على السلوك، الناقد والقاضي، ويرى "فرويد" أن الأنا الأعلى يتكون من مدركات

نشأة في ذهن الطفل في مرحلة الطفولة وينقل صورة الأبوين وذلك من المحتمل أن يتضمن مظاهر السلوك الخلقى بعض الأمور اللاعقلية. (عبد الرحمان، العيسوي، 2005، ص151-152)

#### 4. لمحة تاريخية عن حياة مؤسس التحليل النفسي "سيجموند فرويد":

يعتبر فرويد هو الأب الشرعي للتحليل النفسي ولد "سيجموند فرويد" 6 ماي عام 1856 لأبوين يهوديين في مدينة تسمى بـ "فريبج بمورافيا في (تشيكوسلوفاكيا) سابقا"، وكان "فرويد" الأخ الأكبر لثمانية إخوة، وكان أبوه يعمل في تجارة الصوف، انتقل مع أبيه وأسرته إلى فينا وهو ابن الرابعة من العمر، درس الطب في جامعة فينا وتخرج منها عام 1881، تأثر كثيرا بأفكار "دارون" التي في النشوء الارتقاء والتي تقول أن أصل الإنسان حيوان، كان هدف "فرويد" أن يصبح عالما مشهورا لذلك لم يكن متحمسا لمهنة الطب، وفي فينا التقى "فرويد" بأستاذه الكبير "ارنست بروك"، حيث عمل معه في مختبره وحصل على شهادة الماجستير، ثم سافر إلى فرنسا في بعثة دراسية. (الزبود، نادر فهمي، 1998، ص19) وبعد تخرجه التحق بالمعمل السيكولوجي لأستاذة "إرنست بروك E. Bruche"، وأنجز بعض الدراسات القيمة في التشريح الميكروسكوبي للجهاز العصبي، وقضى ثلاثة سنوات وهو يعمل مساعد لاثنين من علماء الطب هم "هيرمان نوثناجل H. Nothnagel" و"تيورد منيرت T. Meynert"، لمدة ثلاث سنوات، ثم فاز بمنحة دراسية للعمل مع شاركوا في باريس لمدة شهر قليلة، وقد اهتم فرويد اهتماما خاصا بالأبحاث الفيزيولوجية والتشريحية المتعلقة بالجهاز العصبي، وعمل وهو لا يزال طالب في معمل "إرنست بروك B.Bruck"، الفسيولوجي وعينه مساعدا له، وقام بعدة أبحاث في تشريح الجهاز العصبي وفي عام 1881 حصل على الدكتوراه في الطب، وفي 1882 شغل منصب طبيب في المستشفى الرئيسي بفيينا ونشر بعض الابحاث الهامة في

تشريح الجهاز العصبي وفي الأمراض العصبية، مما لفت إليه الانظار وفي عام 1885 عين محاضرا في علم أمراض الجهاز العصبي. (سجموند فرويد، 2000، ص9)

تأثر فرويد "بجوزيف بروير" من أشهر الأطباء في فيينا الذي يستخدم الإيحاء التنويمي في معالجة مرضاه: "بحيث اكتشف أثناء علاجه لفتاة مصابة بالهستيريا أن المريضة ذكرت أثناء نومها حوادث ماضية لم تستطع تذكرها في اليقظة"، ورأى "بروير" أن المريضة لها حوادث وتجارب شخصية قديمة مرتبطة بانفعالات وعواطف مكبوتة، مما كان له أثر كبير في شفاء المريض، وقد سمي "بروير" فيما بعد هذه الطريقة في العلاج "بطريقة التفريغ Cathartic Method"، فبعد أن سمع "فرويد" عن هذه الحالة، قام بأبحاثه عن الهستيريا أثناء دراسته في جامعة سالبتيرير في باريس 1885، بحيث اكتشف أن هذه الأبحاث إمكانية إحداث أعراض الهستيريا بالإيحاء التنويمي وإمكانية ازلتها بالإيحاء أيضا، وقد أكدت هذه التجارب التشابه بين الهستيريا التي تحدث أثناء الإيحاء والاعراض الهستيرية التي تظهر بين المرضى، ثم عاد "فرويد" الى فيينا في 1886 وحاول اقناع الأطباء بإمكانية احداث الهستيريا بالإيحاء التنويمي، فقبول بمعارضة شديدة.

(سجموند فرويد، ترجمة: سامي نحمد علي وعبد السلام القفاش، 2000، ص 10)

فلما عاد وانقضت السنة الرابعة تزوج من "مارتابيرنز Bernays.M"، في 30 سبتمبر 1886، أنجب 6 أولاد 3 ذكور و3 إناث أصغرهم أنا "Anna" التي برزت في مجال التحليل النفسي للطفل. ورغم أن فرويد كان يؤكد على أهمية الغريزة الجنسية في نظريته، إلا أنه ظل على أكبر ترجيح بدون علاقات جنسية حتى زواجه في الثلاثين من عمره، ولم يطبق أفكاره السيكولوجية على أسرته فهو لم يهتم بالموقف الأوديبى لابنته أنا

ولم يشك في تعلقها العاطفي الشديد وغير الطبيعي به، فهي لم تتزوج قط وكرست حياتها في سبيل التحليل النفسي. (مُجَّد، السيد عبد الرحمان، 1997، ص 37)

وقررت أنها تلي "مارتا" أمها في حياة فرويد، بحيث زودت حياة فرويد بقدر كبير من الحقائق النفسية القيمة، غير أن فرويد استمر في مواصلة بحثه العلمي كطبيب خاص يعالج مرضاه بواسطة الأيحاء التنويمية، ولم يلبث فرويد طويلا حتى اتضح له بعض العيوب في التنويم، إذ تبين له أنه لا يستطيع تنويم بعض المرضى، مما دفعة لسفر إلى فرنسا عام 1889 إلى مدينة نانسي بفرنسا، لاتصال بالطبيب "ليبولت Libault" و"برنهام Bernhim". (سجموند، فرويد، 2000، ترجمة: سامي، مُجَّد علي وعبد السلام، القفاش، ص 11)

وعاني "سيجموند فرويد" من اضطراب عصابي عنيف عام (1890)، ورغم ذلك كان يضرب به المثل في عمله الذي كان يسير في تقدم بالرغم من حالته النفسية المرضية الطارئة، ولقد وصف "الينبرجر" "Ellenberger 1970"، هذه الحالة بإسم الأمراض المبدعة، ونظرا لطول معاناته من حالته التي كانت تسوء تارة وتحسن تانية انتابه إحساس جارف بالعزلة، وظهر خلال هذه المحنة كشخصية متقلبة، وبالتدرج توصل إلى حقائق جديدة خلال تلك الفترة، بدا فرويد في لتحليل النفسي لذاته "Self Analysais" منذ صيف عام 1894 محاولا الوصول إلى أعماقه الداخلية مستخدما أساليبه النفسية التي صورها ورغم أن محنته هذه انتهت في عام 1900 إلا أنه استمر في تحليل شخصية مدخرا لنصف ساعة الأخيرة من كل يوم لهذا الغرض، ومن صفاته الشخصية كان البعض يراه شخصا عاقلا يتمتع بأخلاق طيبة، بينما كان يراه البعض الآخر ضعيف العزيمة غير مبال قاس مرفوض أو متهور ويمثل ذلك النوع الذي يبالي بالوصول إلى السعادة أو أنه

أكثر اهتماما باكتشافه التي يحصل عليها بالمرضى أنفسهم أما البعض الآخر فكان يراه خماسي مرح عميق التفكير متفاهم طيب القلب "Ellenberger (1970)"، ولقد ظل بعضا من زملائه على ولائهم له مكرسين لذلك كل حياتهم بينما تمرد عليه آخرون مثل: "جوزيف بروير ووليم فليز وكارل يونج، والفرد أدلر"، وذلك بسبب تأكيده المتشدد على اعتبار الغريزة الجنسية "كاول واهم" دافع لسلوك الانساني، أما عن حياته المهنية فقد كانت مليئة بالموافق المضيئة الممتعة، وأيضا بالأخطاء الشائعة ففي عام 1883 عانى صديقه "فون ماركس Von Marxw"، من مرض مؤلم للغاية وأصبح مدمنا على المورفين، الذي كان يتناوله كعلاج ومسكن الألم فقدم له "فرويد" بديلا أقل ضررا هو الكوكايين، ثم نشر مقالا عن علاج الإدمان، ولسوء الحظ اتضح أن الكوكايين هو الآخر مخدر قوي ويسبب الإدمان كذلك، ووجه النقد إلى فرويد بطريقة لاذعة، وفي عام 1897 أعلن فرويد وبسبب الإدمان أن معظم مرضاه الذين يقوم بعلاجهم قد تم الاعتداء عليهم جنسيا أثناء طفولتهم من راشدين خلعاء "غير أخلاقيين"، وأن اللاشعور لا يستطيع أن يميز بين الذاكرة والخيال، وعلى الرغم من ذلك فإن ما حققته من نجاح كان يفوق بمراحل ما فشل فيه فقد بلغ "فرويد وبروير" قمة النجاح في عملهما المشترك "دراسات في الهستيريا" الذي نشر عام 1890، والذي وصف فيه العلاج السيكلوجي لمشكلات هستيرية كالشلل، الصداع، وحبس الصوت، و ما إلى ذلك من المشكلات الجسمية التي لا يكون لها أسباب فسيولوجية، ويعد تفسير الأحلام عام 1900 وبعد ثمان سنوات يبعث منه 700 نسخة فقط، ورغم ما وجه إلى إنصار مدرسة التحليل النفسي من أنهم فاسدين، مضللين ومؤكدين على الجنس، فإن "فرويد" كان متأكد من دوره كبطل وحيد ومناضل ضد شذوذ لا يقهر، وهكذا ظلت مكانته وشهرته في ازدهار

مستمر وفي عام 1909 تلقى دعوة لزيارة أمريكا الجامعية من: "ستاتلى وهول" عالم النفس الشهير والقى سلسلة من المحاضرات الهامة في جامعة كلارك، واستقبل كأحسن ما يكون غير أنه غادر أمريكا ولديه انطباع بعدم الارتياح، إلا أنه اعتبرها فرصة مناسبة لنشر أفكاره عن التحليل النفسي. (مُجَّد، السيد عبد الرحمان، 1997، ص38)

أطلق "فرويد" على نظريته التحليل النفسي "Psychanalysais"، ويستخدم هذا المصطلح بكثرة للدلالة على أحد العلاج النفسي لدى نظمه "فرويد" غير أن الممارسة الإكلينيكية للتحليل النفسي مجرد واحد من تطبيقاتها المتعددة.

(مُجَّد، السيد عبد الرحمان، 1997، ص37)

يقول فرويد: "إن الشعور تعبير وصفي خالص يصدق على أكثر المدركات مباشرة وبقينا". (سيجموند فرويد، ترجمة سامي محمود علي واخرون، 2000، ص 160)

حيث يقول "فرويد" (S.Frud, 1969): "إذا مالقينا بقطعة من الكريستال على الأرض فإنها تنكسر، ولكن ليس الى قطع متناثرة ويكون الكسر على شكل شروخ وانقسامات داخل إطارها نفسه، بالرغم أن تلك الشروخ غير مرئية، إلا أنها محددة بتركيب قطعة الكريستال، وبنفس هذا النوع من الانقسام يحدث التصدع البنائي للمرضى العقليين، يكشف على الواقع النفسي الداخلي". (مُجَّد، السيد عبد الرحمان، 1997، ص22)

واستوحى "فرويد" نظريته التي تعطي أهمية بالغة للجانب الجنسي من حياة الفرد، وكذلك من توغل المشكلات وارتداد جذورها الى مرحلة الطفولة المبكرة التي يعطيها "فرويد" أهمية كبرى لاكتشاف شخصية فرد. وتقوم نظرية فرويد على الطاقة الجنسية

الحوية أو ما يسمى بالليبدو وتدافع الفرد نحو اللذة ويسير الإنسان نحو النضج النفسي والجنسي ولكن اذا قابلته معوقات قرية فإن النمو قد يثبت أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو، ويظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية.

(عبد الرحمان، عيسوي، 2005، ص ص 153-154)

## 5. الأسس النظرية للتحليل النفسي الكلاسيكي وتقنياته العلاجية:

تطور نظرية "سيجموند فرويد" بحيث استغرقت تطوير نظريته مدة تزيد عن الخمسين عاما (1886-1939)، حيث تناول فرويد خلال عمره المديد كثيرا من الأفكار والتي استمر في تطويرها والتنازل عن بعضها وتأكيد بعضها والبعض الآخر تأكد في فترات لاحقة، ولقد توفي وهو يطور في نظريته، ويمكن تلخيص التطور التاريخي للنظرية في:

### 1. مرحلة الإعداد 1886-1895:

تشمل دراسته الطبية والفلسفية ثم عمله مع المشتغلين بالعلاج النفسي ومنهم "بروير" وشاركوه" ويقول أن العوامل المؤثرة في فكره خلال هذه الفترة تمثل في خلفيته الطبية، وتأثره بالاتجاه الفلسفي العقلي، وكشفة من خلال العمل مع "بروير" لأهمية الخبرات الجنسية المؤلمة، وكان من أهم المكتشفات النظرية في هذه المرحلة ما يلي: تأثره "سيجموند فرويد" بإعتقاد "بروير" بأن الاضطرابات الانفعالية المؤلمة هي أساس الاضطرابات الهستيرية، واستخدام التنويم المغناطيسي ونجاحه المحدود فيه وارتباطه بكثير من المشكلات واكتشاف أهمية التنفيس الانفعالي، وتطويره كبديل للتنويم المغناطيسي من خلال علاج بعض الحالات الهستيرية، وصل فرويد إلى قناعة بأن الخبرات الانفعالية المؤلمة المؤدية إلى الاضطرابات الهستيرية ترتبط بخبرات جنسية مؤلمة في الطفولة. ووصل إلى فكرة "الإغواء

الجنسي "Sexual Seduction" التي عدل عنها فيما بعد"، هذه الأفكار مهدت لنظريته في الجنس في المراحل التالية.

2. مرحلة التحليل النفسي لذاته وما أسفرت عنه من تعديلات في أفكاره الأولى (1895-1899): ولعل من أهم ما توصل اليه "فرويد" نظريا في هذه المرحلة ما يلي: "وصوله إلى قناعة تامة بنظرية الجنسية الطفولية، وتحديد مراحل النمو النفسي، وتحديد للمركبات الأوديوية في مرحلة الطفولة المبكرة المرحلة الأوديوية أو "Phallic Stage" وصوله إلى فكرة اضطراب النمو بالثبات أو النكوص.

3. مرحلة اشتغاله بتفسير الأحلام والوصول إلى نظرية جديدة (1900-1914):  
توصل إلى نظريته في الأحلام مؤكدا الوظيفة الديناميكية لها والمتمثلة في التنفيس الانفعالي وخفض درجة القلق الناتجة عن الصراعات اللاشعورية كنتيجة لضغوط الأنا المؤكدة لضرورة إبقاء الخبرات المؤلمة في حيز اللاشعور، يكون تعبير الأحلام غير مباشر، وذلك من خلال اشتغاله على معنى ظاهر هو ما يمكن للفرد استرجاعه شعوريا وهي متضاربة وغير منطقية ومشوهة أحيانا، ومعنى باطن "خفي"، يشير إلى الرغبات اللاشعورية. ويحدث التشويه في محتويات الحلم عن طريق ميكانيزمات دفاعية أو نظام الرقابة اللاشعوري "Censorship System"، حيث يعمل على منع خروج الرغبات المكبوتة إلى الوعي واليقظة، ويتم تشويه الحلم بعدد من الميكانيزمات الدفاع النفسية تشمل:

1. التركيز Condensation ،

2. التحويل أو الإبدال Replacement ،

3. التمثيل البصري Visual Representation ،

4. المراجعة الثانوية Secondary review ،

على اعتبار أن للأحلام وظيفة اشباعية وتنفسية، يرى "فرويد" أن الأحلام ذات طبيعة نكوصية، ونعني بذلك ارتباطها بخبرات الطفولة والرغبات المكبوتة والمؤلمة والمرتبطة بالجنس والعدوان في الغالب، حيث يحقق الحلم إشباعاً أو تنفيساً محدوداً نتيجة لنظام الرقابة، لا يتناقض ما يراه "فرويد" من أن للأحلام وظيفة اشباعية أو تنفسية، حيث أن الإشباع ليس بالضرورة أن يرتبط باللذة "الجنس"، وعليه يفسر "فرويد" الأحلام التي لا تؤدي إلى اللذة بأنها ترتبط بغريزة العدوان، كما أنها قد تعمل كميكانزم لتشويه الحلم وإخفاء الرغبات من الظهور للوعي، هذه النتائج أكدت "الفرويد" افتراضاته السابقة عن أهمية الخبرات الطفولية المرتبطة بالجنس والعدوان، كما أكدت له عملية الكبت لهذه الخبرات والتي تجعل منها خبرات لاشعورية .

### 3. مرحلة التقييم والمراجعة وافتراض النظام النهائي لبناء الشخصية

(1914-1939): بدأ اهتمام "فرويد" بمبدأ الواقع، واعتبره الأساس في نمو الأنا في مرحلة الرضاعة، فرق بين عمليات التفكير الأولية والثانوية، مؤكداً بأن العمليات الأولية تعني الطاقة الكلية اللاشعورية والتي تسعى لتحقيق الإشباع وتتركز حول غريزتي الجنس والعدوان، في حين أرجع العمليات الثانوية للعمليات الفكرية الشعورية المرتبطة بالأنا الذي يرتبط بدوره بالواقع، والتي تعمل على تأجيل أو تنظيم إشباع الغرائز. أكد أهمية اللاشعور وأوجد نموذجاً عن الشعور واللاشعور، نظر إلى عملية الكبت على أنها عملية توازن بين الألم واللذة. فالرغبات غير المقبولة تبت لتجنب الفرد ألم أكبر توصل إلى البناء النهائي للشخصية، ويتكون الجهاز النفسي عند "سيجموند فرويد" من عدة مكونات هي: "الهو والأنا والأنا العليا. وينطوي التحليل النفسي الفرويدي على ثلاثة عناصر أساسية: "منهج علاجي، ووسيلة بحث، وكذلك نظرية تفسيرية للشخصية". وهذا ما أكدته الجمعية

العالمية للتحليل النفسي: أنه يعود إلى " نظرية البنية ووظيفة الشخصية"، كما أنه تقنية علاجية خاصة"، قسم فريد شخصية الفرد أو السيرورات النفسية للفرد إلى ثلاثة أركان: "systèmes ou instances" للوظائف النفسية. تعمل هذه الأركان بطريقة مزدوجة لكنها تتصارع في ما بينها في غالب الأحيان، تبرز صراعات وتفاعلات هذه الأركان على مستوى سلوك وشخصية الفرد. وأطلق فرويد تسمية: " الهو، الأنا، والأنا الأعلى"، على الأركان المكونة للجهاز النفسي في الموقعية الثانية، حيث تعمل هاته الأركان في نشاط تفاعلي، متبادل مستمر، لكن السؤال المطروح: كيف تنشأ ثم تتفاعل الأركان في شخصية الفرد حسب التحليل النفسي الفرويدي؟:

1. الهو: هو الركن الأصلي أو البدائي الذي يظهر في تشكيلة الجهاز النفسي للفرد، كما أنه الجزء الأعمق، واعتبره فرويد قاعدة الجهاز النفسي لأنه محتواه نزوي محظ، جزء منه وراثي - فطري، والجزء الثاني مكتسب - مكبوت. كما يجب أن نذكر أن الهدف الوحيد للنزوة هو الإشباع الفوري. وتجهل النزوة الواقع ولا تعترف بالمنوعات ولا حتى بالمنطق، لأنها مسيرة وموجهة بمبدأ اللذة. ويمكننا ملاحظة سلوكيات الطفل الصغير في المرحلة الأولى من نموه وهو يسعى لتحقيق رغباته عبر الرضاعة، النظافة، الرعاية والإثارات النفسية جسدية ثم الحنان. ولهذا وصف وعبر عن الأشهر الأولى من الحياة النفسية للفرد أنها "مجرد هو" فهو جزء غامض لا يدرك في شخصيتنا، له روابط تنزع تمثيل التصورات في الجانب الجسدي، ويلح على الحاجات والدوافع التي نجدها في الخبرات النفسية.

(J. Bergeret, 2000, p 59)

ويشمل الهو جميع المورثات الحسية، العصبية، الانفعالية، البيولوجية، الفيزيولوجية والجنسية بما فيها الغرائز، وهي تمثل اللاشعور سواء كان مكبوتا أو غير مكبوت، وعلاوة

على ذلك فأفأها تمثف المورثات من دوافع وقرائر وهي فعالة وتعمل بمبدأ اللذة وهي صنفة الدوافع الأولة "الجنسفة والعءوانفة" والفف تكون فف صورفها المكشوفة عبارة عن محاولة للإشباع العاجل لهذه الدوافع. إن الهو أو الهف تظهر فف المراحل الأولى للطور، ولكنها سرعان ما فأخذ فف الفلاشف شفاء فشفاء نفةة ما قد فطراً عليها من فهذفب وتعءفل وهي تعرض الأنا لفقدان الفوازن بفأعبار أن الأنا فوفق بفن مففطبات الهو والأنا الأعلى.

( مءء، السفء عبء الرءمان، 1999، ص ص 48-49)

إذن فالهو هو الأساس الذي فبنى عليه الشفصفة عند ولادفها قبل أن ففءث لها فوفراف أو فعءفلات نفةة اءفكاكها بالفئة أو فراكم فبرافها وفءاربها، ففءفظ بطابعه الطفولف مءى الففة لا فطبء الفوفر وإنما فبغف إشباعا فورفا، مطالب منءفع لا ففءع لمنطق العقل.

2. الأنا le Non –Moi: فنشأ فف إطار النمو الشفصف للطفل عند مواءفه للواقع وهو الإدراك الفءرفف للطفل لما هو لا ذاتف، أف لما لا ففئمف ولا فشمف ذاته. وففءءل أفضا فبرة الإءباطات فف مساعءة نشأة الأنا، أف عندما لا ففءفب الأم مءلا فف كل وقت بمءرء طلب ابنها لفلبة رغبافه وءاففافه، من هنا ففصءم إذن نزواف الهو بالواقع الفارءف وبقوافننه. فعمل الأنا كوسفء بفن المففطبات النزوف للهو وفضوط العالم الفارءف ومفءفضفات الأنا الأعلى، فهو: "وءة ففشكل شفاء فشفاء عبء الففة، فبءون الأنا فطمء الهو إلى إشباع قرائرهم بصفة عمفاء ففءءطم، وهو فواءه القوة الفارءفة الأقوى منه".

(J. Bergeret, et all, 1982, p 52)

وففكون هكءا أنا بءائف ففء فآففراف النشافاف الفسفة-الفركفة، فم ففأكء وففءب مع اكءشاف الطفل بنفسه لذافه وقت ما ففم الفظام، ففء أن اكءشاف الذات وءبرة الفظام عاملان ففساعدان على الففرقة بفن ما فسمى فف علم النفس: الأنا واللائنا. كما

تساعد مجموعة الخبرات التي يمر بها الطفل: كاللعب مثلا في نمو أناه ولاكتساب اللغة أيضا دور في نشأة الأنا عند الطفل، فزيادة على استعمال الضمير: أنا "Je Ou Moi" تسمح للطفل بالتعبير عن وجوده وإثبات أناه. يصبح هذا الركن للأنا مركز القيام بالعمليات العقلية مثل وظيفة الإدراك والتفكير والتقرير.. الخ، إنه يشمل الوعي أو الشعور، كما أنه متكون من محتوى لا شعوري، ترجع الوظيفة الأساسية للأنا بصفته ركن مسير مبدأ الواقع إلى الوساطة، وتتمثل هذه الوساطة بين العالم الخارجي أين يعيش الفرد ومتطلبات الهو وممنوعات الأنا الأعلى، إذن للأنا مسؤولية توازن شخصية الفرد، بتفاديه للنزعات الممكنة بين قوات متناقضة ومتضادة والتي يمكنها أن تؤدي إلى صراعات نفسية. إنه يوجهها باستعماله أو بلجوئه إلى الحيل الدفاعية مثل: "الإنكار، الإغلاء، الإسقاط". إذن فالأنا هو الذي يواجه الناس والمجتمع ويتدبر الأمور ويرسم الخطط وتحقق به الصور الذهنية والأحلام، وهو منطقي ومنظم لأن عملياته ليست أصلية أو أولية كعمليات الهو بل سماها فرويد بالعمليات الثانوية.

**3. الأنا الأعلى:** آخر ركن في تشكيلة الجهاز النفسي للفرد، حسب "فرويد" إنه تشكيلة لا شعورية تابعة لتقمص الطفل لأوليائه أو للبديل لهم. ويقصد بالتقمص صورة الأنا الأعلى للأولياء. وذلك حسب الجنس، للأب المثالي للذكر وللأم المثالية للأنثى، قبل اكتسابه للاستقلالية يكون الطفل خلال العامين الأولين من حياته في حالة تبعية تامة لأمه. تتغير الأمور نوعا ما لما يمر الطفل بعقدة أديب. وتعتبر هذه الخبرة مرحلة في حياة الطفل "الذكر"، حيث تتميز بالتعلق الشديد للأم وشعور بالعداوة اتجاه الأب، تتصادم هذه الوضعية بممنوعات الأولياء، وإنها أول ممنوعات تصادف رغباته الجنسية، هاته ممنوعات تسمح للطفل بتغيير اهتماماته اتجاه أوليائه وذلك بتقمصهم وباستدخال هاته

الممنوعات الأولية، ولذلك عبر عن أصل نشأة الأنا الأعلى عند فرويد أنه: " هو الوريث الشرعي لعقدة أديب"، ويضاف إلى هذه الممنوعات ما ينتج عن تربية الوالدين مثل: "المقبول وغير مقبول". ومن وجهة نظر المجتمع والقيم الدينية، وبذلك تكمل قوانين التربية المستمدة من المدرسة، التعاليم الدينية، تشكيلة الأنا الأعلى حتى يصبح قادر على القيام بدور الرقابة والسلطة المانعة في وجه الأنا، ويشترك كل من الهو والأنا الأعلى في كونهما يمثلان دور الماضي فالهو يمثل الوراثة و الأنا الأعلى يمثل كل ما هو موروث ومكتسب من المحيط الخارجي، ويقوم الأنا بثلاثة وظائف أساسية هي: " المراقبة الذاتية والضمير والرقابة". (J. Bergeret, et all, 1982, p 52)

وقام سجموند فرويد بتسمية الانظمة المكونة للموقعية الأولى: "الشعور، ما قبل الشعور واللاشعور":

**1. الشعور:** هو نظام إدراكي وأساسه الوعي الذاتي يقوم باستقبال الاحساسات الداخلية ويحلل التجارب الراهنة أو الحالية، وهو نقطة الوصل الأولى للجهاز النفسي والعالم الخارجي، ويقوم بتسجيل المعلومات القادمة من الخارج ويدرك الإحساسات الداخلية من مبدأ الرغبة وعدمها وهو لا يحتفظ بأي أثر للإثارات القادمة من الخارج، وهو يعمل وفق الطابع التكيفي بخلاف باقي الجهاز النفسي الذي يعمل وفق الطابع الكمي للإثارات الخارجية، الشعور هو معطي مباشر للخبرات الفردية، لكنه يسمح في نفس الوقت بفهم موضوعي للخبرات المدركة، لذا يطرح سؤال عن مكانة الشعور للإدراكات الداخلية، أي أن الظواهر النفسية: " الشعور يمكن أن تكون مدركة للضغوط محددة من التوتر، واختلاف الاستشارات، بصفة خاصة عن طريق تعارض أحاسيس اللذة والألم". (C. Chabert; B. Verdon, 2008, p55)

فالشعور هو كل ما نحن واعين به ومدركين له في حدود العشرة بالمئة المحددة للشعور، والباقي في منطقة ما قبل الشعور واللاشعور، فالشعور هو سيد القرارات ويعطي الأوامر للقيام بالسلوكيات بعد تحليل ومناقشة ورجوع للذاكرة والخبرات السابقة عند الفرد.

## 2. ما قبل الشعور:

هو جزء يقع بين الشعور واللاشعور تحفظ فيه الذكريات الكامنة والممكن استحضارها، فبالرغم من أن "فرويد" كان كثيرا ما يجمع ويدمج بين الشعور وما قبل الشعور في مقابل اللاشعور ذلك بهدف بيان خصائص هذا الأخير أي اللاشعور، فما قبل الشعور يحوي كل الآثار الذكورية، ويشكل ما يسمي بتمائل الكلمات. ومن أهم مميزاته وجود أليات ثانوية تعمل بهدف منع السيرورة الحرة للطاقة النزوية، لذا هو يعمل وفق مبدأ الواقع، وهو أول رقابة منفصلة في اللاشعور فالأفعال المرفوضة تبقى لاشعورية نحوه، من جهة أخرى ما قبل الشعور يبحث عن منفذ للشعور والحركية، وهذا الفعل يكون خاضع للرقابة الثانوية، اختلافه عن الأولى أنه المسير الأساسي في تسير التنظيم بعيدا عن الشعور في ظهور الإضطراب ومرتبطة مع الكلام الشفوي مع تمثيل الكلمات التي تحملها، ما قبل الشعور هو ضروري لحصر العمليات الثانوية وخاضع لمبدأ اللذة، هذا الذي يمنحه وضعية وسطية داخل اللاشعور والشعور.

(C. Chabert ; B. Verdon, 2008, pp 55-56)

3. اللاشعور: هو القطب النزوي والجانب البدائي للحياة النفسية يخضع لمبدأ اللذة ومبدأ العمليات الأولية ومن أهم خصائصه وجود ممثلات للنزوة في شكل محتويات إضافة إلى خاصية كونه مستودع للطاقة النزوية التي تبحث عن تفرغ، ومن أهم ما يشكل اللاشعور هو الذكريات والرغبات الطفولية المكبوتة. ويرى "ننبرغ" Nunberg " أن

نظام ما قبل الشعور يتضمن مشتقات اللاشعور من جهة ويحتفظ بانطباعات العالم الخارجي من جهة أخرى، فهو يتفاعل مع العالم الخارجي ومع اللاشعور".

(H. Nuberg , 1975, p 53)

واللاشعور هو أول تنظيم نفسي ينشأ عند الطفل، يتضمن النزوات والغرائز البدائية التي تستثمر فيما بعد في نمو الجهاز النفسي، وأما مهمته فهي حفظ هذه النزوات والطاقة وكل ما يشكل تهديد لبنيات الجهاز النفسي، وذلك عن طريق آلية نقل النزوة وكتبها بهدف تخفيف حدة الصراع النفسي لذا نجد على مستواه الذكريات والعقد المكبوتة والنزوات غير مشبعة. فالعلاقة العلاجية الدينامية يركز فيها التحليل النفسي على أهمية العلاقة الدينامية بين المريض والمعالج، ويهتم بمبدأ التقبل أي تقبل المريض من المعالج، لأن العصابي يكون دائما فاقدا لهذا الشعور بالتقبل والمحبة، فعندما يرى المريض أنه مقبول من المعالج فإنه في هذه الحالة يستطيع أن يتقبل نفسه، وفي العلاقة العلاجية يجب أن تكون اتجاهات المحلل متناسبة مع اتجاهات المريض، وترى "كارين": "أن العلاقة العلاجية السليمة هامه كنموذج للعلاقات الاجتماعية وتقول أن الهدف العام من العلاج يتمثل في تكوين علاقات اجتماعية سليمة ومساعدة المريض على تحقيق ذاته وتكوين علاقات انسانية طيبة مرنة مع الآخرين، بحيث ضمان قدرة الفرد على الاستقلال الذاتي والعمل الايجابي وتحمل المسؤولية"، ويرى "فرويد": "أن نظام ما قبل الشعور هو عمليات ومحتويات لا تكون حاضرة في المجال الواعي الراهن، إلا أنها تختلف عن محتويات النظام اللاواعي، من حيث حقها في العبور إلى المستوى الواعي، فيكون نظام ما قبل الواعي محكوما من قبل العمليات الثانوية، إذ تفصله الرقابة عن النظام اللاواعي ولا تسمح للمحتويات والعمليات اللاواعية بالمرور إلى نظام ما قبل الواعي إلا بعد الخضوع لبعض التحوير". (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص441)

## 5. مراحل النمو النفسي الجنسي في تحليل النفسي "Psychosexual development":

يعتبر النمو النفسي الجنسي من وجهة النظر الفرويدية عنصراً أساسياً في النظرية النفسية التحليلية لنظرية الحافز الجنسي، حيث يمتلك البشر منذ الولادة، رغبة جنسية غريزية "طاقة جنسية" تتطور على خمس مراحل طبقاً لتصنيف "سيجموند فرويد" في ما يلي:

### 1. مرحلة الفمية:

أول مراحل النمو الجنسي ما يسميه "فرويد" بالمرحلة الفمية، حيث يتم الإشباع الجنسي باللذة عن طريق الفم، لقد اعتبر "فرويد" أن الإشباع الغذائي له قيمة جنسية أن لذة الرضاعة تستدعي كل انتباه الطفل تم تجعله ينام، ويمكن أن تؤدي أيضاً إلى ردود فعل حركية، فعندما نرى طفل المشبع يترك النهد ويتراخى بين ذراعي أمه بوجنتيه الحمراء وينام بابتسامة سعيدة. فلا يمكن التواني عن القول: "أن هذه الصورة تبقى نموذج الإرضاء الجنسي، الذي سيعرفه فيها بعد وليكن بعد ذلك ستنفصل هذه الحاجة لتكرار الإرضاء الجنسي عن الحاجة للغذاء". (فيكتور، سميرو، 2002، ص 100-101)

### 2. المرحلة الشرجية:

ويأتي ذلك المرحلة الشرجية حيث يشعر الطفل باللذة في مرحلة الإخراج والاحتفاظ بالبراز، وتدور اهتمامات الطفل حول ذاته فيمتاز بالرجسية أو حب أو عبادة الذات، فيستمد من ذاته أو جسمه هو وهي ثاني مراحل التطور الليبيدي، تمتد من السنة الثانية حتى الثالثة، تبدأ مع نمو قدرات المشي، التكلم، التفكير والسيطرة على العضلات، بحيث تتطور وتفتح للطفل بشكل تدريجي استقلالية نسبية لكن حقيقية.

(J. Bergeret, 1979, p 13)

### 3. المرحلة القضيبية:

تبدأ هذه المرحلة من التنظيم الطفلي للبيدو بين ثلاثة سنوات أي بعد الفمية والشرجية، من المؤكد هي مرحلة احليلية متفردة، تتوسط بين المرحلة الشرجية والقضيبية، التبول يكون موضوع له نفس إشكالية مواد البراز والشبقية والحثالة في متعة التبول مع بروز العدوانية، وكذلك عدم المبالاة. (TH. Lemperiere ; A. Feline , 2000, p50)

وفي هذه المرحلة يتحول الاهتمام بالقضيب أو بالبظر عند الفتاة وتعرف هذه المرحلة بالمرحلة القضيبية ثم يتحول الاهتمام نحو الوالدين، وتبدأ المرحلة الاودية وتبدأ من 3 الى 7 سنوات، حيث يهتم الطفل بالوالد المخالف لجنسه، فتتعلق البنت بأبيها وتجه وتغير من أمها، بينما يتعلق الولد بأمه ويغير من أبيه ويعتبره منافسا قويا له، وسرعان ما يدرك الطفل أن كراهية الطفل أمرا محرما، ولذلك يشعر بالذنب أو القلق ويولي ذلك طورا من أطوار النمو الجنسي أطلق عليه "فرويد" طور الكمون، حيث تمتاز الحياة الجنسية بالهدوء الجنسي وتبدأ من سن 7 سنوات حتى مطلع المراهقة، ولا بد أن ينجح الفرد في حل عقدة أوديب حلا سلميا والا تعرض الى مشكلات نفسية في مرحلة المراهقة والرشد.

(عبد الرحمان، عيسوي، 2005، ص154)

### 4. المرحلة الثانية "فترة الكمون" "Phase De Latence":

تمتد هذه المرحلة من نهاية المرحلة القضيبية حتى بداية المراهقة عند سن 12 تقريبا، وفي هذه المرحلة تبقى الدوافع الجنسية خامدة، بينما يستمر النمو العقلي والاجتماعي والأخلاقي للفرد فبظهورها بعد 5 و6 سنوات، ومع خروج الطفل من الأزمة الأودية، تقل فيها الدوافع الغريزية حتى مرحلة البلوغ، تقريبا تصعد الرغبة الجنسية بأكملها

التسامي " نحو النشاطات الفكرية والمدرسية ولا تظهر فيها منطقة جديدة لشبكية التي كانت مصدر لإغراء للطفل والعلاقة مع الموضوع تكون في شكلها الخارجي مع الوالدين. وهي متنوعة وتنظيم الجهاز النفسي أصبح أكثر قوة، الأنا قوية، والرقابة أحسن فأحسن مع الصراعات، الأنا واضح وغنى في الاتصالات الخارجية خاصة مع الوالدين والسياقات الدفاعية اللاشعورية تسمح للأنا بالتكيف مع الحاجات الداخلية " الهو والأنا الأعلى "والخارجية "المحيط". (TH. Lemperiere ; A. Feline , 2000,p 51)

فتخمد الغرائز الجنسية ويتجه تصرف الطفل نحو التغلب عليها عن طريق التسامي الجزئي، بتشكيل ردود أفعال نحو مجالات غير جنسية مثل: " التوجه إلى المدرسة، قراءة الكتب، التوجه إلى تشكيل صداقات، واللعب..الخ". مع ذلك فإن هذه النشاطات تنحدر دائما من الاهتمامات الجنسية. (J. Bergeret, 1979, p 35)

## 5. المرحلة الثالثة " المرحلة التناسلية " "Stade Génitale":

هي مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي تتميز بانتظام النزوات الجزئية، تحت سيادة المناطق التناسلية وهي تتضمن فترتين تفصل بينهما مرحلة الكمون أي: المرحلة القضيبية " التنظيم التناسلي الطفلي " والتنظيم التناسلي الفعلي عند البلوغ، حيث يقول " فرويد ": " بأن اختيار الموضوع الجنسي، يتم منذ الطفولة "، بحيث تتلاقى كل الميول الجنسية في توجهها نحو شخص واحد، تبحث فيه عن إشباعها، وهكذا يتحقق في سنوات الطفولة شكل الجنسية الأكثر قربا، من شكل الحياة الجنسية النهائية ويتلخص الفرق بين الاثنين في عدم تحقيق التوليف بين النزوات الجزئية عند الطفل، ولا في خضوعها الكامل لسيادة المنطقة التناسلية، إذ أن المرحلة الأخيرة من النمو الجنسي، هي التي تؤدي وحدها إلى توكيد هذه السيادة". (جان.لابلانث و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص 470)

وهي المرحلة الأخيرة في النمو النفسي الجنسي تلي مرحلة أو فترة الكمون، وغالبا ما تسمى بأزمة المراهقة، وتكون الوظيفة النفسية الأساسية هي تأقلم الشخصية مع الشروط الجديدة الناتجة عن التغيرات الجسدية، يمكن اعتبار الظواهر النفسية التي تلي البلوغ كمحاولات لإعادة التوازن للوضع المختل. (J. Bergeret, 1979, p 37)

بالمرحلة الثالثة "التناسلية"، التي يبلغ عندها التنظيم الجنسي كماله ونضجه، يفترض أن النمو النفسي الجنسي للفرد يتم اكتماله عندما يصل إلى توافق مشبعة في المرحلة التناسلية، فمع بداية البلوغ تنبعث الحاجات الجنسية الطفلية وتتجدد الدوافع اللبديية الفمية والشرجية والقضيبيية، وهذه الدوافع أساسا نرجسية الطابع، أي أنها تتجه غالبا نحو الإشباع الذاتي للفرد أكثر من اتجاهها نحو إعطاء الحب للآخرين، وبنمو الفرد وابتعاده عن هذه النرجسية يكون أول حب موضوعاتي غالبا واحد من نفس الجنس، وباستمرار النمو يسعى المراهق نحو الإشباع عن طريق الجنسية الغيرية التي هي في المبدأ نرجسية الطابع.

## 6. المرض النفسي في إطار نظرية التحليل النفسي:

1. الصراع النفسي "Conflict": يرى "سيجموند فرويد" أن الصراع بين الغرائز والمجتمع صراع عام وموجود في كل مكان وزمان، وهو يفرض على الفرد أن يكبح جماح نفسه وأن يتحكم في غرائزه حفاظا على المعايير الاجتماعية، وتقرر "كارين هورني": "أن الصراع الأساسي في رأيها ينشأ بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته وإشارة الى وجود الصراع الداخلي المركزي وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية، فالصراع وهو مفهوم أساسي في التحليل النفسي ويتطلب من الفرد القدرة على حله والتوفيق بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى عن طريق مسابته للدين وللمعايير الاجتماعية

والعادات والتقاليد، وهذا بدوره يؤدي في حالة الإخفاق، إلى ظهور بعض الأمراض مثل العصاب والقلق". (مُجَّد، سيد غنيم، 1978)

## 2. العصاب Neurosis:

البنية العصابية هي استجابة نفسية ما يميزها هو ظهور الأعراض العصابية، كتعبير رمزي عن الصراع النفسي الذي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للفرد، فيلجأ الأنا لتشكيل التسوية بين الرغبة والدفاع، عندها يستعمل سياقات دفاعية نفسية تحمي الأنا من القلق، ومن أبرزها آلية الكبت النفسي كآلية دفاعية أساسية في العصاب الذي يعتبر اضطراب نفسي يصحب بقلق ناتج عن صراع نفسي داخلي، ويكون فيه تنظيم الأنا حول تناسلي وله علاقة بعقدة أديب، والصراع يتواجد بين الهو والأنا الأعلى، فتقوم الأنا بكبت التمثيلات الغريزية، فبدلك يتغلب الكبت في العصاب عن بقية الدفاعات النفسية الأخرى، أما الليبدو تتواجد كسبب لظهور العصاب والسيرورة الثانوية تحافظ على دور فعال وواضح لمفهوم الواقع. (J. Bergeret, 1979, p 127)

يرى "كارل يونج": "أن المرض العصابي عبارة عن محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وينسب الى الذكريات المكبوتة في اللاشعور دورا هاما في تكوين العصاب، ولكنه يقول أنها ليست متصلة بالرغبات الجنسية الطفلية بل أنها تتعلق بجميع مشكلات الفرد التي لم تحل". وترى "كارين هورني": "أن هناك ثلاثة اتجاهات عصابية يتضمن كل منها عنصرا من عناصر القلق الاتجاه الأول يتميز بالتحرك نحو الناس، ويصاحبه قبول الحب والقرب والاعتماد على الناس مع الشعور بالعجز، والاتجاه الثاني يتميز بالتحرك ضد الناس في شكل قطيعة ومعارضة ويصاحبه الشعور بالعداء والاتجاه الثالث يتميز بالتحرك بعيدا عن

الناس في عالم خصوصي ويصاحبه التمركز حول الذات والشعور بالعزلة. يعرف العصاب بأنه حل مرضي للصراع الأوديبي يصل إليه الأنا الذي يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب الناتجان عن التوتر بين الأنا والهو، أو الأنا الأعلى والهو، أو الأنا الأعلى والأنا، ويقول "فرويد": "إن العصاب يرجع إلى عوامل حيوية، وأن القلق مركز العصاب ومحوره، وأن عقدة أديب هي نواته ومنشؤه، هذا النمط من البنية يواجه عقدة أوديب والقلق الجوهري عنده هو قلق الإخفاء، أما الأشكال الدفاعية تكون خاضعة لنظام الإثارة والتفريغ، لا يوجد صدي في قلب الكبت أي الحاجات يبقى محتفظ بها عن طريق الكبت وتظهر مرة ثانية في الأحلام وعلى صعيد آخر، تظهر عن طريق الترميز والإزاحة، والتي لا يمكن أن تتطور على صعيد الأنا". (R. Roussillon, et all, 2007, p 25)

### 3. الذهان Psychosis:

البنية الذهانية عقلية المنشأ يكون فيها النفي وليس الكبت، يُحمل على جزء من الواقع ويسيطر الليبدو النرجسي على السيرورة الأولية التي تتغلب مع طابعها المتسلط الفوري الآلي، ويعتبر الموضوع متنحى بشكل قوي، يظهر حسب الأشكال الإكلينيكية، كتشكيلة كاملة لدفاعات قديمة مكلفة للأنا. (J. Bergeret, 1979, p128)

كما اهتم "فرويد" بالعصاب اهتم أيضا بالذهان باعتباره صورة خطيرة لاضطراب السلوك تظهر تغيرات مرضية في إدراك الواقع وفي السيطرة على الذات واعتبره دفاعا يقوم به الفرد ضد خيبة أمل وقعه الواقع فيها، على العموم فإن النظرية العامة للأمراض الذهانية تتشابه مع نظرية العصاب، ففي الفصام مثلا يأخذ النكوص شكل الانفصال عن الواقع وفي الذهان تزيد قسوة الحرمان والصدمة عن قدرة الأنا على الاحتمال، اعتبره "فرويد": "الذهان الصورة الخطيرة في اضطراب سلوك الإنسان، حيث تظهر تغيرات في

إدراك الواقع والانفصال عنه ويعتبر النكوص والتثبيت في الذهان أشد وأعمق منه في العصاب. أما القلق "anxiety" يقول " فرويد: " إنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والكبت الجنسي، وبي الحرمان والتهديد بالخصاء الذي يثير القلق في المرحلة القضيبيية".

(سيد، مُجد غنيم ، 1978)

حيث يتميز الذهاني بالإنفصال عن الواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد، القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص الاستبصار، وينقسم الذهان إلى نوعين ذهان عضوي وذهان وظيفي. (حامد. عبد السلام زهران، 1997، ص 527)

## 7. إيجابيات وسلبيات العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي:

### 1. إيجابيات العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي:

1. ويؤتي العلاج بالتحليل النفسي أحسن ثماره في الحالات حالات الهستيريا، القلق، الخوف، الوسواس القهري، الاكتئاب، اضطراب الشخصية، وحالات الادمان. وحالات مختارة من الأمراض النفسية والجسمية.

2. حالات الانحرافات الجنسية والجناح. الأمراض والمشكلات التي تكمن جذورها في الماضي البعيد للمريض، والتي لم تحل وما زالت تعمل على هدم شخصيته.

(زهران، حامد عبد السلام، 2005، ص 234)

وتتلخص أهم مزايا العلاج بالتحليل الفرويدي الكلاسيكي :

1. يهتم بعلاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب. يتناول الجوانب اللاشعورية الى جانب النواحي الشعورية.

2. يكتشف عن العناصر اللاشعورية الثائرة على الشخصية، مما يسهل ضبطها وتصحيحها. ويؤدي الى اعلاء الدوافع المكبوتة واستشارة طاقتها التي كانت معتقلة وسجينة.

3. يعود بالشخصية المفككة الى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والا ستمتاع بالحياة. (غزال، عبد الفتاح علي وآخرون، 2008، ص ص 203-202)

## 2. سلبيات العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي:

يلجأ بعض المحللين الى اجراء محاولة تحليل " Arial analysis " لاستكشاف ما إذا كانت الحالة قابلة للتحليل أم لا، وعلى العموم يجب عدم استخدام طريقة التحليل النفسي في الحالات الاتية: حالات الذهان وخاصة في حالة بعد المريض عن الواقع بوضوح، حالات الاكتئاب الذهاني، الأمراض النفسية في الدور الحاد، حالات السيكوباتية، حالات الضعف العقلي حيث أن التحليل يتطلب مستوى متوسطا أو فوق المتوسط من الذكاء، حالات عدم نضج المريض، وحالات ضعف التفكير المنطقي، وحالات ضعف الأنا، حالات الاطفال أقل من 15 سنة الذين ينقصهم النضج العقلي المعرفي المطلوب في التحليل، حالات المسنين الذين ينقصهم المرونة المطلوبة وعدم قابلية شخصيتهم للتغير، حالات عدم تعاون المريض، حالات العصاب البسيط حيث لا يكون هناك داع لبذل الوقت والجهد والمال الذي يتطلبه التحليل، حالات الأقارب والأصدقاء، الحالات الطارئة والخطيرة حيث لا يكون هناك وقت كاف للانتظار حتى يتم التحليل، وحالات وجود مشكلات واقعية واضحة في الوقت الحاضر.

(زهرا، حامد عبد السلام، 2005، ص ص 234-235)

وتتلخص أهم عيوب العلاج بالتحليل الفرويدي الكلاسيكي فيما يلي :

1. التحليل النفسي عملية طويلة وشاقة ومكلفة، تتطلب وقتا وجهدا ومالا، فالتحليل الكلاسيكي الكامل قد يستغرق عامين أو أكثر بمعدل 3 جلسات أسبوعيا، وقليلًا ما يتم التحليل في أقل من 200 جلسة، ولذلك فهو مقصور على عدد محدود من المرضى الذين لديهم القدرة المادية والمعنوية.

2. هناك خلافات نظرية ومنهجية في طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي حسب "فرويد" وبين أساليب التحليل النفسي الأحداث "حسب الفرويديين الجدد".

3. يحتاج التحليل النفسي الى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل، قد لا يتوافر الا لعدد قليل من المعالجين. (غزال، عبد الفتاح علي وآخرون ، 2008، ص 203)

4. يركز العلاج التحليلي الكلاسيكي حسب "فرويد" على الجنس ويفسر كل الظواهر والاحلام بتفسيرات جنسية قد تكون غير مقبولة وغير واقعية.

## 8.اليات تفسير التحليل النفسي:

يعتقد عدد كبير من المحللين النفسيين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تورية لأشياء أخرى ومن ثم فإن على المحلل النفسي استنتاج وترجمة وتفسير المعاني الكامنة وراء ذلك. ويتناول التفسير التحليلي للعلاقة الدينامية بين المريض والمحلل والمواد التي تنكشف خلال عملية التداعي الحر والتحويل وعصاب التحويل والمقاومة والأحلام وغيرها التي يفسرها المحلل داخليا في ضوء نظرية التحليل النفسي مستعينا بخبرته في التحليل، لهذا يجب التعلم واكتساب العادات فيعتبر التعلم واكتساب العادات خطوة ضرورية في التحليل النفسي، وقد رأينا أن التحليل النفسي يهدف الى مساعدة المريض في تغيير اتجاهاته

وتنمية بصيرته وقد يحتاج تحليل التحويل وتحليل المقاومة الى جهود كبيرة تبذل في هذا الصدد وقد علمنا أن التحليل النفسي يتضمن أحداث تغيير في بنية الأنا عن طريق الإستبصار بخصوص المشاعر المكبوتة والصراعات غير المحلولة وإعادة التنظيم الانفعالي. تفسير نتائج التحليل تتوقف على عوامل متعددة مثل صورة المرض والاختلافات الفنية وشخصية المحلل وشخصية المريض والظروف الخارجية المواتية وغير المواتية ومزايا الشفاء ومساوئه بالنسبة للمريض، ومن النتائج الهامة للتحليل النفسي احتلال الشعور محل اللاشعور، واحتلال الأنا مواقع الهو وتحطيم الحيل الدفاعية العصائية للأنا وتحرير الأنا من قبضة الهو وتدعيم قوة الأنا حتى يستطيع مواجهة الأنا الأعلى والتوافق معه وتحرير الأنا الأعلى حتى يصبح أكثر مرونة وإحلال مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة واختفاء الأعراض وحل الصراع والقضاء على القلق العصابي وحدوث تغير في بناء الشخصية، فيرى بعض المعالجين النفسيين: " أن التحليل النفسي هو الطريقة المثلى والوحيدة ولا بديل لها وأنها تعلق على كل طرق العلاج الأخرى وأنها طريقة أسلوب ناجح في العلاج، فهؤلاء المحللون يتمسكون بالتحليل النفسي الكلاسيكي بتزمت وجمود ويتبعون " فرويد " حرفيا في نهاية القرن العشرين وعلى مشارف القرن الحادي والعشرين. فالتحليل النفسي نظرية سيكولوجية عن الدينامية الطبيعة الإنسانية وعن بناء الشخصية، وهو منهج بحث لدراسة السلوك الإنساني، وهو أيضا طريقة علاج فعالة يتم فيها كشف المواد المكتوبة في اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة، وانفعالات شديدة وصراعات عنيفة سببت الاضطراب النفسي، فاستدراجها من اللاشعور إلى مجال الشعور بهدف إحداث تغيير أساسي في بناء الشخصية واستعمال اليات الدفاع النفسية الأكثر فاعلية ونضج، وهكذا يعتبر التحليل النفسي على المستوى العلمي مجموعة مترابطة من النظرية والممارسة.

فلما كان العلاج النفسي يشكل معالجة تتركز على علاقة شخصية ذات طرفين هما "المعالجة والمريض"، فالتحليل النفسي يعتبر علاجاً نفسياً دينامياً عميقاً يهتم بمعالجة الأسباب، ويكشف عن الجوانب اللاشعورية في الشخصية، ويساعد على النمو الحقيقي للشخص فيكمل ذاته مع إعادة الثقة للفرد.

### خلاصة:

استوحى "سيجموند فرويد" نظريته التي تعطي أهمية بالغة للجانب الجنسي من حياة الفرد، وكذلك من توغل المشكلات وارتداد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي يعطيها "فرويد" الأهمية الكبرى في تشكيل شخصية الفرد. وتقوم نظريته على أن الطاقة الجنسية الحيوية أو ما يسمى "الليبيدو Libido" يدفع الفرد نحو اللذة ويسير الإنسان نحو النضج الجنسي والنفسي، ولكن إذا قابلته معوقات قوية فإن نموه قد يثب أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو ويظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية تحتاج للعلاج النفسي التحليلي.

### المحاضرة 2: العلاج تحليلي المستوحى من التحليل النفسي.

### تمهيد:

تعرض العديد من العلماء إلى عوائق مختلفة في العلاج التحليلي الكلاسيكي، هذا ما يجعلهم يبحثون عن علاج نفسي أقل تعقيداً منه، وأكثر نفعاً للمريض ويستغرق وقتاً أقصر من الذي يستغرقه في طرق العلاج المطول، ومن هذا تم التوصل إلى علاجات المختصرة أو ما يسمى بالعلاج التحليلي قصير المدى، العلاج المستوحى من التحليل النفسي، المحللون الجدد والعلاج التحليلي الحديث.

## 1. تعريف العلاج التحليلي قصير المدى:

ويقصد به ضرورة الكشف عن دوافع النفس ديناميكية والأسباب الكامنة وراء ظهور الأعراض الاضطرارية لكن خلال مدة قصيرة نسبيا وإنما هي كافية لإحداث الشفاء، أي التركيز على العارض بالدرجة الأولى بين "مالان Malan" اختلاف التحليل قصير الأمد عن التحليل النفسي بأربع نقاط:

1. المعالج ناشط بدل من أن يكون حيادا.
2. يحاول بناء أسس العلاج انطلاقا من الصورة التي يكونها عن وضعية المريض الأنية.
3. يناقش المريض في مدة العلاج وهدفه، ويحاول جاهدا الحفاظ على درجة منخفضة من النقلة التحويل، أي تجنب ما يسمى "بعصاب النقلة" بحيث يجعل العميل أكثر اعتمادا على ذاته .
4. المحلل في هذه التقنية دور ناشط منذ بدء العلاج والمريض يجلس بمواجهة الطبيب "وجها لوجه". ( نصار كريستين، 1998، ص 56)

لكنه لا يثير التدايعيات الحرة "هذا بالنسبة للمريض"، وعلى المحلل التدخل بشكل مؤثرا، إذ يمكنه الانتظار لفترة طويلة "لدى صمت المريض" وهو يؤول بشكل متوتر أكثر مما هي الحال مع التحليل النفسي بالنسبة للمحلل. يرى "الكسندر وفرانش" (1946): "أن عملية النقلة في التحليل القصير المدى، فهي دائمة الحدوث لكن بالإمكان الاستفادة منها"، من النقلة الايجابية بوجه خاص " لتسريع العلاج ومع ذلك ينبغي التنبيه كثيرا لعملية النقلة هذه وضبطها من قبل المعالج، ينتمي العلاج التحليلي قصير المدى الى نفس القاعدة النظرية للتحليل النفسي، والايمان بمفاهيم التحليل النفسي

والعمل به. ويحدد الوقت والتقنية في أغلب العقود العلاجية مع المتعالج إلا في حالات لا يضع تاريخ محدد ونهائي للعلاج. ويستعمل "الكسندر" تقنية وجها لوجه مرة ومرة أخرى يستعمل تقنية الاستلقاء على الأريكة وهو يجذب هذه الأخيرة.

(نصار. كريستين، 1998، ص ص 56-57)

## 2. أهداف العلاج التحليلي قصير المدى:

1. مساعدة المفحوص على حل المشكلات الراهنة الحالية وترميم بناء الشخصية.
2. تقوية المفحوص في العلاج، وهذا لأن التحليل النفسي فقد الثقة في تحقيق العلاج بطول مدة العلاج. وتحديد أهداف العلاج التي يمكن تحقيقها وانهاء العلاج في الوقت المناسب، وعدم تشجيع المفحوص على التشدد في العلاقة التحويلية.
3. تنشيط سير العلاج لأن وعي المتعالج بتحديد أجل لنهاية العلاج يجعله يشارك، ويبدل كل طاقاته للمساعدة الناجحة.
4. تحقيق الحاجات المريض، وحل الصراعات الشخصية، الاسرية والاجتماعية، حيث يوضح المعالج هذه المشكلات ودوافع المرض والسلوك المرضي، ومساعدته حتى تمر الأزمة التي تعترض حياته. الابتعاد قدر الإمكان عن الخيال والتمسك بالواقع.

(حامد. عبد السلام زهران، 1998، ص ص 324-325)

طور " فرويد" و"يونغ" نظريتهما معاً لأول مرة. ولكن كان لدى الاثنين عدد من الخلافات التي فصلت التحليل النفسي إلى مدرستين فكريتين. اهتم "فرويد" بسلوك الجنسي والعدوان، على العكس يعتقد "كارل يونغ" أن النفس البشرية أكثر تنوعاً، أما "الفرد أدلر" من طلاب "فرويد" اختلف مع معه ومع "كارل يونغ" حول مفهوم القوة

الدافعة للسلوك هي الشعور بالنقص، فمن اللحظة التي ينشأ فيها الشعور بالنقص يكافح الفرد من أجل التغلب عليه، ولأن النقص يؤدي لظهور اتجاهات عصابية انانية، إفراط تعويض وانسحاب من العالم الواقعي ومشاكله لتفادي مشاعر النقص في هذه العلاقات تقود الفرد لتبني هدف الحياة الغير واقعي ويتكرر التعبير عنه بإرادة غير عاقلة للقوة والسيطرة، وتقود إلى كل نوع من السلوك ضد المجتمع من الاستبداد والتفاخر إلى الطغيان السياسي. وسوف نتطرق في ما يلي باختصار إلى خصائص نظرية "كارل يونغ والفرد ادلر" من أهم النظريتين بروزا في العلاج المستوحى من التحليل النفسي والتي نعتمد عليها حاليا في العملية العلاجية:

### 3. المنظرين الجدد في العلاج المستوحى من التحليل النفسي "ألفرد أدلر":

#### 3. 1. نبذة عند "ألفرد أدلر Alfred Adler" المحلل النفسي:

ولد ألفريد أدلر في عام 1870 في إحدى ضواحي مدينة "فيينا" عاصمة النمسا، لأب يهودي يعمل في تجارة الحبوب، وكان ترتيبه الثاني في عائلة من ستة أطفال، وعندما كان أدلر في الثالثة من عمره توفي أخوه الأصغر بسبب "الدفترية" في الفراش المجاور له، وقد عانى هو نفسه من الكساح وغيره، كما أنه أصيب في الرابعة من عمره بإصابة خطيرة بداء الرئة "Pneumonia"، كادت تودي بحياته، وكان لكل هذا أكبر الأثر فيه، فقبل بلوغه سن الخامسة كان قد اتخذ قراره بأن يصبح طبيباً بشرياً حتى يتمكن من "محاربة الموت" على حد تعبيره. كان أدلر تلميذاً متوسطاً في تحصيله العلمي في المدرسة، وقد قدم أحد المدرسين نصيحة لوالده بأن يرسله ليتعلم مهنة ما لعله يفلح فيها أكثر من المدرسة، وكان أدلر ضعيفاً في موضوع الرياضيات، لكنه عن طريق المثابرة والجد والعمل ارتفع مستواه حتى أنه أصبح أفضل طالب في صفه. ولقد أصبح أدلر طبيباً بشرياً بعد أن تخرج من

كلية الطب جامعة فيينا عام (1894) وفي البداية تخصص في طب العيون، لكنه أصبح ممارساً عاماً فيما بعد، قبل أن يتحول اهتمامه إلى علم النفس، وكان من أول من اهتموا بنظريات "سيجموند فرويد"، كما اعترف بأن هذه النظريات قد فتحت طريقاً جديداً لتحديث وتطوير علم النفس، وانضم "آدلر" إلى جماعة المناقشة التي أنشأها "فرويد" في عام (1902)، وفي عام (1910) أصبح "آدلر" رئيساً لمجمع التحليل النفسي بفيينا وبتزكية من فرويد نفسه، لكن الخلافات سرعان ما دبت بينهما، وأصبح الخلاف بين وجهة نظره ووجهات نظر كل من "فرويد ويونج" أكبر من أن يتغاضى عنها، مما أدى إلى استقالته في عام (1911) مكوناً مع بعض زملائه جماعة "البحث الحر في التحليل النفسي"، وغير أسمها في العام التالي إلى جماعة "علم النفس الفردي". إنه من الواضح أن كل أعمال "آدلر" تدين بالكثير لزملائه السابقين، ولكنه كان يحمل في داخله طريقة مختلفة ومستقلة في وصف وعلاج مشاكل البشر، كما قلنا فإن "آدلر" شكل جماعة "علم النفس الفردي" في عام (1912)، والتي أكدت على أهمية "النظرة الشاملة" لشخصية الفرد وكلمة "الفردي" قد استخدمت هنا للتأكيد على تميز واختلاف كل شخصية عن الأخرى، وعن عدم إمكانية تقسيم أو تجزئة الشخصية بل وجوب النظر إلى الشخصية على أنها وحدة لا تتجزأ. فخلال الحرب العالمية الأولى (1914-1918) تقدم للخدمة في جيش بلاده طبيباً في قسم الأمراض النفسية والعصبية في إحدى المستشفيات العسكرية، و قد جعلته فترة الخدمة العسكرية أكثر إدراكاً لأهمية وضرورة نشر أفكاره.

في عام (1935) ذهب إلى الولايات المتحدة واستقر هناك، وكانت شهرته قد ذاعت هناك أيضاً، فتم خلق منصب جديد خصيصاً له في كلية الطب في لونغ آيلاند "Long Island Collège Of Médecine" : حيث تولى أستاذية علم النفس الطبي وفي

عام(1935) بدأت مدرسة ألفريد أدلر في إصدار مجلتها "الجريدة الدولية لعلم النفس الفردي". ولقد توفي أدلر في 28 مايو عام 1937 عن عمر يناهز السابعة والستين عاماً متأثراً بأزمة قلبية مفاجئة، بعد أن ألقى محاضرة واحدة على طلبة جامعة أبردين(Aberdeen) في اسكتلندا. (آدلر، ألفرد، 2005)

### 2.3. الجوانب الأساسية التي ركز عليها أدلر في خطوات العلاج:

1. عدم الاهتمام بالغرائز أو الجنس، بل التركيز على ديناميات الأسرة ومركز العميل بين اخوته وأبويه.

2. مساعدة العميل على التخلص من عقدة النقص وذلك من خلال اثاره ميكانزمات التحدي لدى العميل ودفع الفرد من خلال شعوره بالحرمان والاضطهاد للقيام بمحاولات التعويض كردة فعل لاستعادة ذاته.

3. مساعدة العميل على تصحيح أسلوب ونمط الحياة الخاطئ والخبرات المبكرة، بتأكيد ما لدى الفرد من امكانيات وقدرات وإعادة الثقة إلى العميل، فالشجاعة والعتاء الاجتماعي هما ثمار التفكير المنطقي والعقلاني.

4. ان مفهوم العلاج عند أدلر يقوم على عدم جعل العميل يهرب إلى اللاشعور، وبالتالي عملية الكبت، بل كان يجعل العميل يواجه ما يشعر به ويساعده على الاندماج بالمجتمع.

### 3.3. إجراءات العملية العلاجية حسب نظرية أدلر:

1. التأكيد على قوة العلاقة بين العميل والمعالج، ومحاولة على فهم أسلوب الحياة عنده، وذلك من خلال استخدام التحليل النفسي، مع التأكيد على أهمية الاحلام واعتبارها من أهم الامور التي على المعالج أن يفهم من خلالها الاضطراب، لأن الاحلام تمثل العواطف بل قوتها ومصدر سلوك الفرد.

2. التأكيد على أن المعالج لا يقدم النصح، ولكن قد يشير الى البدائل في امكانية مواجهة المشكلات لدى العميل، مع التأكيد على عملية التفسير في فهم طرق المحادثة بين العميل والمعالج، وفهم الاحلام والتخيلات والاعراض والعلاقات الشخصية القائمة بين العميل والآخرين.

3. التأكيد على المعالج بأن لا يعد العميل بنجاح العلاج حتى في أكثر الحالات توقعا في الشفاء، وأن يكتفي فقط في احتمال الشفاء، وذلك من أجل تحمل المريض تبعية العلاج ونجاحه. وذلك من أجل التأثير على العميل بأن مسؤوليته في شفاؤه تتركز عليه هو والمعالج يستطيع فقط أن يحدد الأخطاء. (رمزي، النجار، 1998)

### 4.3. ايجابيات وسلبيات نظرية "الفرد أدلر":

1. مفاهيم نظريته أسهل من نظرية "فرويد" من حيث الفهم والتطبيق، وقد انتقدها "فرويد" حيث قال أن علم النفس الفردي كان مفرطاً في التبسيط، ونظرته إلى الذات حولت الدراسة من الهو والانا الأعلى إلى دراسة الأنا. وكانت النظرية مؤثرة نسبياً على أفكار بعض العلماء التحليل النفسي.

2. التركيز الشديد على مشاعر النقص والعدوان والنظر إليهما كأساس للنمو الإنساني والاعتماد الكبير على الملاحظات العامة عن الحياة اليومية.

### 4. المنظرين الجدد في العلاج المستوحى من التحليل النفسي "كارل يونغ":

#### 1.4. نبذة عند "كارل يونغ Carl Gustav Jung" المحلل النفساني:

نظرية "كارل يونغ" ظهرت خلال العقد الثاني من القرن العشرين بفضل البحوث والدراسات التي أجراها أحد أعضاء الرابطة الدولية للتحليل النفسي النشيطين، وهو "كارل غوستاف يونغ Carl Gustav Jung" عالم نفساني وطبيب الأمراض

العقلية، الذي ولد في سويسرا عام (1875) وهو أقرب مساعد لفرويد وذلك لعدة سنوات، لكنه انفصل عنه بعد اختلافه معه في الرأي وخاصة لما أسس نظرية جديدة أطلق عليها تسمية: "علم النفس التحليلي la psychologie analytique"، وفيها أطلق على شخصية الفرد تسمية "la psyché النفس"، حيث يتفق "يونغ" مع ما جاء به "فرويد" حول تجزئة الحياة النفسية إلى ثلاثة أجزاء، الأنا مثل ما فسرتة النظرية الفرويدية يناسب الشعور الذي يسمح للفرد أن يعيش حياته اليومية بقيامه ببعض الوظائف المنطقية مثل "la pensée التفكير"، "le sentiment الشعور"، الاحساسات وإدراك الواقع. ودرس "كارل يونغ" الطب في جامعة بازل. وبدأ نشاطه العلمي والعملية في عيادة الطب النفسي تحت إشراف "جانيه، ثم بلولر"، وانضم إلى الهيئة التدريسية في جامعة زيوريخ في العام الدراسي "1905-1906"، وفي عام 1907 سافر إلى فيينا، وتعرف فيها على فرويد، فوجد لدى هذا الأخير الكثير من الأفكار التي تتفق مع توجهاته آنذاك. فعمل على الاستفادة منها وتطويرها أثناء نشاطه العملي اللاحق، وفي عام (1909) سافر برفقة "فرويد" إلى الولايات المتحدة الأمريكية تلبية للدعوة التي تلقاها من "ستانلي . هول". وهناك عرض خلاصة خبرته الميدانية في مجموعة من المحاضرات، وخلال تلك الأعوام برز "كارل يونغ" كقطب من أقطاب التحليل النفسي، فكان أول رئيس للرابطة الدولية للمحللين النفسيين ومحرر أول مجلة ناطقة باسم التحليل النفسي، لكن ما ابتعد فيه "يونغ عن فرويد" هو تأكيده لوجود سيرورتين لا شعوريتين: الأولى خاصة "باللاشعور الفردي l'inconscient individuel"، الذي يشبه اللاشعور الذي وصفه "فرويد"، بحيث أنه يشمل المكبوتات، الذكريات والرغبات... الخ. أما الثانية فهي خاصة "باللاشعور الجماعي l'inconsicent

"Collectif" فسره "كارل يونغ" على أنه رصيد مشترك وعمومي "Universel"، خلفا للاشعور الفردي الذي يمثل الخبرة الفردية. إن الاشعور الجماعي تنعكس فيه الخبرة المتراكمة للأجداد "Ancêtres Nos" أي للنوع "de l'espèce" وللسلالة "la Race" الإنسانية، إذ يوجد حسب يونغ في كل فرد ذخيرة "une Reserve" لا شعورية متكونة من الثقافة المتراكمة للنوع البشري، هاته الذخيرة الاشعورية والجمعية تؤثر على سلوكيات الفرد حسب رأيه، حيث يطرأ ويتضح وجودها العامي "Universel" في السلوكيات المماثلة لكل الأفراد في وضعيات متشابهة. أضاف "يونغ" أن الاشعور الجماعي هو المنتج لما سماه: "الأنماط المثالية les Archétypes"، وفسرها بأنها صور ورموز مستقلة عن الزمان والمكان، كما أنها تشير إلى الصورة أو الفكرة العنصرية الأولية الحاملة لصبغات انفعالية "Image ou idée comportant des connotations émotives" يمكن دراستها من خلال الخرافات والتجارب التصوفية، أما عن رأيه في دينامية الشخصية، وانطلاقاً من تقسيمه للأفراد إلى فئتين الانفتاح الخارجي Extraversion الذي يمثل الاتجاه نحو العالم الخارجي تم الانطواء الذاتي L'intraversion الذي يعكس الاتجاه نحو العالم الداخلي، فإنه يفسرها بتكوين كل الأفراد حسب هذا التصنيف، ولو أنه يسيطر صنف عن صنف آخر في تشكيلة شخصية الفرد.

اختلف أيضاً "يونغ" مع "فرويد" في تأثير سنوات الحياة على شخصية الفرد، حيث يلح فرويد على أن بداية تشكيلة الشخصية يتم مع المراحل الأولى من النمو، بينما يلح "يونغ" على تأثير النصف الأخير من الحياة في تشكيل الشخصية، لأنه في رأى يونغ لا يكفي أن نبحث في الماضي عن أسباب مشاكل الإنسان، بل ينبغي علينا أن نعتني بما

يريد الإنسان القيام به الآن، وبما يريد القيام به مستقبلاً لهذا عملت نظرية "يونغ" على تأكيد الدور الأساسي للاشعور وخاصة للاشعور الجماعي. كارل "يونغ" من أوائل طلاب "فرويد" أسس مدرسة أسمها علم النفس التحليلي، وقد استخدم مصطلح الليبدو ولم يقصد بها فقط الطاقة الجنسية بل طاقة الدوافع الكلية النفسية، بناء على نظريته تألف الاشعور من قسمين: "الاشعور الفردي نتيجة لخبرة الفرد الكلية والكبت والاشعور الجماعي وهو مخزن لخبرة البشر العرقي في الاشعور الجماعي، يوجد صور بدائية شائعة للبشر في منطقة أو تاريخ محدد، ويحتل أجزاء من النفس الفردية ويختلط مع المعرفة الحدسية، عندما لا تحتوي النفس على صور في أثناء النوم وتغيب اليقظة فإن الصور البدائية تعمل والصور البدائية هي أنماط أولية للفكر تميل لتشخيص العمليات الطبيعية بلغة أسطورية ميتافيزيقية، كالمفاهيم: "الخير، الشر، والارواح الشريرة"، والوالدين مصدر للنموذج الاصيلي، مفهوم مهم في نظرية "يونغ" وجود نوعين مهمين مختلفين وأساسيين من الشخصية والاتجاهات الشخصية والوظيفة، عندما تتجه الليبدو واهتمامات الفرد العامة إلى الخارج نحو الناس وموضوعات العالم الخارجي يسمى انبساطي وعندما يتمركز الليبدو والاهتمام نحو الذات نسميه انطوائي، "يونغ" رفض تمييز "فرويد" بين الأنا والأنا الأعلى، وعرف الجزئيين على أنهما في الشخصية مشابه للأنا للأعلى، وسمها القناع حيث يتألف القناع مما يظهر الشخص للأخرين على عكس حقيقة ما هي وهو دور الفرد الذي يختار وهو الانطباع الذي يريد الفرد تأثيره في العالم. يقول "يونغ" ان حياته الفكرية بدأت بحلم رآه في الثالثة من عمره وهو: "حلم أنه في مرج مع حفرة مبطنة بالحجارة في الأرض عثر على سلم ونزل الحفرة، ووجد نفسه في غرفة كان هناك عرش ذهبي مع ما يبدو أنه جذع شجرة مكون من لحم ودم وعين واحدة في الأعلى، ثم سمع

صوت أمه تقول: " أن هذا هو أكل الإنسان"، لم يكن واثقا ماذا كانت تعني أن هذا الشكل يلتهم الأطفال فعلا أم أنه متطابق مع المسيح، مما أثر هذا على صورته للمسيح، وبعد 3 سنوات تأكد أنه كان هذا الشكل قضيبا ذكريا والمكان كان معبدا تحت الأرض وأن هذا الحلم هو حفل شعائر قبوله في أسرار الأرض. (كارل، يونغ، 2015، ص22)

#### 2.4. إجراءات العملية العلاجية حسب نظرية "كارل يونغ":

العلاج حسب "كارل يونغ" هو افتراض للتفسير المرضي للمرض النفسي، وذلك يوجد طرق علاجية نفسية عديدة، والاختلاف بين المقاربات العلاجية يكون باختلاف تصورات الصراع للمعاناة النفسية والمجيء بالعلاج من أجل تخليص المريض من معاناته سواء كانت جسمية، نفسية، عقلية، سلوكية أو انفعالية. (بن أحمد فويدر، 2011، ص118)

فنظرية يونغ تعتمد في بناء الشخصية على فهم الجوانب اللاشعورية حاضرا ومستقبلا، حيث أنهما يسهمان بقدر إسهام الماضي في تحديد ملامح الشخصية، عكس "فرويد" الذي أكد على الماضي وأعطاه أهمية مطلقة في تحديد شخصية وسلوك الفرد حاضرا ومستقبلا. (مُجّد، هريدي، 2011، ص114)

كما أنه أكد على أن الإنسان تحركه الأهداف بقدر ما تحركه الأسباب، كما أن "كارل يونغ" سعى جاهدا في الكشف عن أغوار النفس البشرية، واهتم في العلاج بأثر الدين على الفرد وصحته النفسية، كما أنه مهد لقياس الشخصية باستخدام أدوات موضوعية وإسقاطية، فتعريف العلاج النفسي يكون بالكشف عن كل ما هو مكبوت أو الرجوع إلى صراعات داخلية لاشعورية. كما نجد أن "كارل يونغ" أضاف ما يسمى باللاشعور الجمعي الذي هو خبرات متراكمة من الأسلاف وثقافة النوع البشري التي تؤثر

على سلوكيات الأفراد، واستعمل يونغ مجموعة من التقنيات لإزالة الصراع النفسي، أهمها التنويم المغناطيسي وتداعي الكلمات وتفسير الأحلام ذلك من أجل إخراج المكبوتات في اللاشعور للشعور، وجعل العميل يستبصر بها للوصول به إلى وحدة منسجمة للتوازن النفسي.

### 3.4. ايجابيات وسلبيات نظرية "كارل يونغ":

مفاهيم يونغ تؤكد على الميول الايجابية الوراثة لإدراك واقعية الذات والنظرة الخارجية العامة، ولقد أدت اقتراحات يونغ الظاهرة أو الخفية إلى الصور الحديثة من العلاج مثل: "العلاج بالرسم وهذه الطريقة قد لاقت قبول واسع الانتشار، وكذلك استخدامه لأربع جلسات أو أكثر أسبوعيا وعمل مقابلات للمناقشة وإجراءات اختيارية والتدريب المطلوب للتحليل النفسي، وتأكيد على التوافق النفسي للمعالجين النفسيين، وقد اعتقد "يونغ" على أهمية الإسقاطات اللاشعورية في قبولها بعدد من النظريات الحديثة، وفي الواقع اختبار تداعي الكلمات مزال شائع في كشف الكذب، إن الإرشادات العملية "ليونغ" تركت أثرا طيبا لتتبع طبيعة أو حقيقة الشعور الداخلي الذي لم يستخدم بعد لأنه أسلوب مهين للآخرين للتعرف على الأشياء الخفية في حياتهم وجعلها ذائعة بين الناس، وصف "فرويد" يونغ بالمجنون ولكن حتى الآن مازال "يونغ" يعد معالجا نفسيا ذو بصيرة، ومفكرا ذوى خيال خصب قدم لنا معلومات شاملة بدرجة غير عادية تفوق الحد من موضوعات عديدة ومختلفة، ورغم أن الكثير من الناقدين لنظرية يونغ المقنعة إلا أنه كتاباته قدمت ثروة علمية هامة وعظيمة. (مُجَّد عبد الرحمان السيد، 1998، ص156)

اذن "كارل يونغ" اعتمد في العلاج النفسي على استبعاد الصراع الداخلي في النفس، والوصول إلى وحدة منسجمة من المتناقضات الشعورية واللاشعورية، وذلك من خلال استخدام منهج الوصول إلى الفردية، فمن خلال المحادثة مع اللاشعور يتعلم المريض أن الحياة ليست حالة من الانطواء أو الانبساط، كما أن كان ينصح في الإجراءات العلاجية بتوسيع وتنويع هذه الأساليب العلاج النفسية، فليس هناك أسلوب علاجي أو مبدأ واحد في التطبيق، حيث أن كل حالة تأتي للعلاج تكون متفردة في ظروفها النوعية وعلى سبيل المثال من هذه الأنشطة الرسم والغناء في نجاحها. قد تعرضنا لكل هذه المفاهيم في العلاج النفسي الكلاسيكي والمستوحى من التحليل النفسي حتى تتمكن كأخصائين في العلاج النفسي من فهم ذات الفرد من كل الجوانب مثل ما أشار لها "كارل يونغ" من قبل، وأكد عليها العديد من علماء النفس خاصة من اتبع أسلوب المنهج التكاملي متعدد الأوجه الحديث "تشخيصي علاجي"، الذي يهتم بالفرد ككل متكامل، ويهدف في علاجه للوصول بالعميل إلى حالة من الاتزان والاستقرار النفسي من خلال اختيار العلاج المناسب في الوقت المناسب للحالة المناسبة خلال العملية العلاجية وفي أقصر وقت يتزامن مع الحصص العلاجية، في ما يلي نتطرق لمختلف التقنيات العلاجية التحليلية المستوحاة والكلاسيكية.

## 5. تقنيات العلاجية التطبيقية في التحليل النفسي:

نجد هذه التقنيات تتماشى مع القواعد التقليدية للتحليل النفسي، وتستعمل أيضا في التحليل النفسي قصير المدى، إلا أنه لا يوجد من يقبل هذه النظرية من أمثال "كارين هنري" Hanerey الذي في تقنيته لا يعتبر ماضي المفحوص ما يستحق من تحليل، بل

يكتفون بدراسة المفحوص في وضعه الحاضر، وما يتخذه من أساليب لحل مشكلات، ويرى هذا في اختصار مدة العلاج. تقنية "الكسندر" تنحصر في تطبيق تفسيرات التحليل النفسي على الصعوبات الاحداث المتعلقة بتاريخ حياة المريض الذي يرويه، بحيث يهيئ المحلل مناخا آمنا مرنا يستطيع فيه المفحوص أن يعدل عاداته العصائية بسرعة، ويستمر هذا الشكل من التحليل لهذه جلسات التي يتراوح عددها بين 3-20 جلسة تفصل بينها فترة تتراوح بين بضعة أيام وشهور. ومن مزايا العلاج النفسي المختصر أنه يخدم الكثير من المفحوصين، من حيث زيادة نسبة القبول للعلاج وعدم الرفض، وفي نفس الوقت يساعد على سرعة انهاء الحالات، يبرز دور المفحوص في عملية العلاج، ويقلل من اعتماده على المعالج، ويناسب بدرجة أكبر العمل في العيادة النفسية ويتناسب مع بعض المفحوصين. ومن أهم عيوبه أنه يهدف إلى ترقيع شخصية المفحوص بدلا من إعادة بنائها من جديد، فهذا النوع من العلاج يحتاج الى دراسات وبحوث عديدة ومعالج متفائل ومفحوص متعاون مقتنع به وبيئة مثقفة.

(حامد. عبد السلام زهران، 1998، ص ص 329-340)

**خلاصة:** يمكن للمحلل النفسي الخبير أن يساعد المريض في تكوين أفكار جديدة حول الأجزاء اللاشعورية من هذه المشاكل، كما أن التحدث مع محلل نفسي في بيئة آمنة سيساعد المريض في فهم العديد من أجزاء عالمه الداخلي الذي كان يجهله في السابق، مما يخفف من حدة معاناته النفسية ويعزز أنماء شخصيته ويولد وعيا ذاتيا يعزز ثقة المريض بنفسه، من أجل تحقيق أهدافه في الحياة وسوف نتطرق لمختلف تقنيات العلاجية في التحليل النفسي.

### المحاضرة 3: العلاج بالتداعي الحر.

#### تمهيد:

نظرية التحليل النفسي الفرويدي أحدثت ثورة كبيرة في الفكر الإنساني، ولازال تأثير فعاليتها إلى حد الآن وذلك راجع لأصالتها باكتشاف "سجموند فرويد"، لأهمية ودور اللاشعور من جهة، والجنسية الطفلية من جهة أخرى في الحياة النفسية للفرد، بالنسبة له الجنسية الطفلية تبرز مع بداية الحياة وتمر عبر مراحل مختلفة قبل أن تصل إلى نضجها التناسلي، فتتضح وتكتسب طابعها التناسلي ما يصبح هدفها عند الراشد هو النشاط الجنسي مع الجنس الآخر. فنظرية التحليل النفسي كنظرية نفسية دينامية هي منهج وأسلوب علاجي طوره "سيجموند فرويد" S.Freud " وحاول فهم الإنسان نفسياً، عقلياً، وسلوكياً مع تحليل العمليات العقلية اللاشعورية وتوضيح العلاقة بين الشعور واللاشعور وطريقة علاج نفسي التحليل النفسي الفرويدي يرجع لطريقة خاصة في العلاج، بحيث يدفع المريض للبحث بأفكاره عبر تقنية التداعي الحر مثلاً، فيكتشف المحلل عن الصراعات اللاشعورية والتي تسبب أعراض المرض واضطرابات في الشخصية ويفسرها للمريض ليفهم المريض نفسه وييسر العلاج.

#### 1. تقنية العلاج بالتداعي الحر:

تقنية التداعي الحر بالإنجليزية: "Free Association"، اكتشفها "فرويد" بعد أن وجد في طريقة التفريغ بعض العيوب، منها أن نجاح العلاج يتطلب استمرار العلاقة بين المريض والطبيب، فلجأ إلى أن يحث المرضى بطريق الإيحاء وهم في حالة اليقظة وكان بها عيوب هي أيضاً، فابتكر "فرويد" طريقة التداعي الحر: " وهي أن يطلب من المريض أن

يطلق العنان لا فكاره لتسترسل من تلقاء نفسها دون قيد أو شرط، فيتكلم بأي شيء يخطر بباله دون إخفاء تفاصيل، مهما كانت تافهة، مؤلمة أو معيبة"، وكشفت له هذه الطريقة الكثير من الحقائق، فمثلاً عرف لماذا تذكر بعض الحوادث والتجارب الشخصية الماضية أمراً صعباً، حيث أنها قد تكون مؤلمة أو مشينة للنفس ولذلك تنسى، وبالتالي تذكرها مرة أخرى أمر شاق نتيجة المقاومة التي تحول عن ظهور هذه الذكريات في الشعور، ومن هذه الملاحظات كون "فرويد" نظريته في الكبت التي يعتبرها حجر الأساس في بناء التحليل النفسي. لقد تطور المنظور النفسي الديناميكي أو ما يسمى التحليل النفسي الكلاسيكي نتيجةً لتطور التحليل النفسي الذي قدمه عالم النفس "سيجموند فرويد"، ويتمثل الهدف الأساسي من التحليل النفسي في جعل اللاوعي واعياً، أي جعل الفرد على علم تام بدوافع اللاوعي المكبوتة لديه، وبالتحديد الدوافع الأساسية التي تتعلق بالجنس، العدوان، وآليات الدفاع المختلفة التي يستخدمها للسيطرة على كل ما يشعر به، وتتضمن الأساليب الأساسية لعملية التحليل النفسي استخدام أسلوب التداعي الحر وأسلوب التحويل الذي ينتهجه المريض تجاه المعالج النفسي، ويُعرف هذا الأسلوب بميل الفرد العميل للتعبير عن آرائه، مواقفه أو انفعالاته الداخلية، التي ترتبط بشخص مهم في حياته "كالأب مثلاً"، وتحويلها تجاه شخص آخر، وغالباً ما يكون المعالج النفسي الذي يقوم بدوره بتفسيرها.

وهناك نظريات أخرى حديثة ظهرت بصورة مختلفة عن أساليب التحليل النفسي التي اتبعتها "فرويد" ومنها علم نفس الذات وعلم نفس الأنا ونظرية العلاقة بالموضوع، وتندرج هذه الاتجاهات الفكرية العامة الآن تحت مظلة المصطلح الشامل في علم النفس الديناميكي، الذي يبحث موضوعات عامة منها تفسير المعالج النفسي لأسلوب التحويل

وآليات الدفاع التي ينتهجها المريض وإدراك قوى اللاوعي لديه والاهتمام بمعرفة كيف أن التطورات التي حدثت في مرحلة طفولة الفرد قد ساهمت في تشكيل حالته النفسية الحالية. (Gabbard. Glen, 2005, pp5-4)

التداعي الحر يكشف عن الموضوعات، الرغبات والذكريات التي يكتبها المفحوص في منطقة اللاشعور، ومحاولة استدعاءها إلى حيز الشعور بهدف الاستبصار بها، وإدراك العلاقة بينها وبين ما يعانيه من مشكلات واضطرابات حالية، البداية يأتي المريض في البداية قبل العلاج اشبه بالشخص الخائف، المتصارع، القلق والحائر في حجرة مظلمة مكدسة بالمحتويات تماما، وهو لا يعرف عنها شيئا ومن ثم يصطدم بمحتوياتها، أنه يتصارع مع أشياء مخيفة خفية تهدده اللاشعور والقوى التي لا يعرفها عن نفسه، وفي المقابلات الاولى وقبل البدء في اجراءات التحليل النفسي يجب أن يترث المعالج وأن يتأكد بعد اجراء عملية الفحص أن المريض ومرضه يصلحان للتحليل النفسي.

## 2. خطوات تقنية التداعي الحر أو الترابط الطليق:

يعتبر الاجراء الرئيسي في عملية التحليل النفسي للكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور، وحيث أن أفكار المريض في موقف التحليل تتأثر بأربعة متغيرات هي: "المثيرات الخارجية، المثيرات الحشوية الحسية والمواد الشعورية مثل يريد وما لا يريد أن يقوله، والمواد اللاشعورية المكبوتة"، فإنه يحاول أن يقلل من آثار العوامل الثلاثة الأولى بقدر الامكان، بمبدأ التحويل فالتداعي الحر مؤداه أن ينقل المريض انفعالاته ومشاعره المتعلقة بشخص له صلة به في الماضي، كالأب، أم أو معلم الى شخص المعالج، فيتعلق بيه ويحبه أو يكرهه، وبهذا يحل المعالج محل أب، وهنا يجد المريض بديلا متفاهما عن أب، هذه عملية تمثل محورا أساسيا من محاور العلاج حيث لم يعد المريض، ذلك الطفل الضعيف

العاجز أما أب متسلط القوي بل أصبح شخصا ناضجا يستطيع مواجهة انفعالات حاليا بكثير الموضوعية والفهم. فتقنية التداعي الحر هو من العمليات العلاجية الفرويدية، حيث يتم إطلاق العنان لأفكار، الخواطر، الاتجاهات، الصراعات، الرغبات والمشاعر بتلقائية دون قيد أو شرط، مهما بدت تافهة، محرجة أو مؤلمة وإخراج هذه المكبوتات من اللاشعور الى حيز الشعور حتي يمكن التعامل معها، أي يتحرر الفكر من القيود والضغطات مهما كان نوعها ليتسنى للشخص إخراج ما بداخله، ولكي لا تبقى هذه الأفكار حبيسة دفينة، تحرر ويترك لمريض حرية تامة كاملة في سرد أفكاره دون توجيه أو من معالج غيره أنه ينتبه للهفوات أي الأخطاء التي يتلفظ بها المريض.

( نيل، سفيان، 2004، ص 30 )

### 3. شروط طريقة تطبيق تقنية التداعي الحر:

1. وجود الأريكة ضروري في تقنية التداعي الحر، بحيث يتكئ المريض على أريكة ويجلس المحلل خلفه بعيدا عن بصره ولا يتدخل في إلا في الوقت المناسب بقوله: "اه، ايه" بمعنى أني أسمعك أكمل التذعيات، ويوجه المريض من حيث سلوكه محاولا الاحتفاظ بنوع من الانتباه والتركيز وهذا الوضع يقدم للمحلل قدرا كبيرا من الحرية في الاستجابة المتعاطفة مع المريض، كما يخلو هذا الموقف من إمكانية استثارة القلق لدى المريض الذي يحتمل أن يكون أصلا في حالة قلق بسبب عصبه حين يبدأ التحليل، وقد تكون هناك صعوبات يواجهها المريض في الثقة بالمحلل الذي لا يراه وهو مستلقي على الأريكة، وهناك جانب آخر في استخدام الأريكة في عنصر الحرمان الحسي المتعلق بتحديد المنبهات البصرية

يغلب أن يشجع على لنكوص الشعور بالأمان والثقة يسمح للمريض بأن ينطلق على هواه في النكوص والتخلي عن الدفاع العصبي، وعلى المحلل أن يصغي باهتمام تام لكل ما يقوله المريض، إلى نبرة الصوت ونغمة الكلمات ومضمونها وإلى كل ما هو غامض، وعليه أن يلتزم موقف الحيد وعدم لتدخل في لعبة المريض.

2. تعليمة التداعي الحي: " يطلب من المريض قول ما يفكر فيه ويشعر به دون اختيار شيء أو إهمال شيء يرد إلى ذهنه حتى ولو بدى له مزعجا أو سخيفا أو عديم الأهمية أو خارجا عن الموضوع. وأن يكون صادقا وصریحا وأن يتخلى عن العرف الذي يحكم المحادثات العادية".

3. المحلل يقوم بالتعرف على المضامين النفسية والتعبير عنها: "الأفكار، الصراعات، الانفعالات، والدفاعات"، والتأكيد على أن الفعل القائم على أساس الدفاعات دون اعتبار مسبق مناسب يجب تجنبه، تسهم التقنية في بناء العلاقة الذاتية بين المحلل والمريض على أساس الصلة اللغوية، وإذا طبقها بشكل سليم فغنها تؤدي إلى الاستخدام الفعال لأسلوب التداعي. (فيصل، عباس، 2005، ص ص 172-174)

ويعتبر "سيجموند فرويد" التداعي الحر ناجح على المستوى العلمي والعملي والعالمي والفكري. وهو أسلوب خاص في كشف العمليات العقلية اللاواعية عن طريق تحليل النفسي المعمق لمكونات الشخصية.

## خلاصة:

في كتاب التحليل النفسي لسيجموند فرويد اعتذارات عدة تعبر عن نقص فهمه للظاهرة النفسية وما يؤكد هذا تخليه عن التنويم المغناطيسي وتعويضه بالإيجاد أثناء اليقظة، وهو اعتراف بعجز هذه الطريقة على الحياة النفسية ما تنقل إلى التداعي الحر وتفسير الأحلام أن تركه للتنويم المغناطيسي لما فيه من مخاطر على المريض، وأعتبره "فرويد": "أنه لا يجوز لطبيب أن يستعمل هذه الطريقة الفطرة، فهي تزيد مشاكل تعقيدا، يستغرق وقت طويل في محاولة جعل اللاشعور شعوري وتفسير السلوكيات حيث يقول "بروبر" أنه كان يعالج إحدى مرضاه وعالجها في وقت طويل حتى شارفت في الشفاء أعلنت أنها لا تستطيع تركه، كما أن "فرويد" وقع في المشكلة ذاتها لكنه لم ينزعج بل خلص بعد دراسة عميقة إلى أن هؤلاء النسوة لا يعشقن لنقصه، بل إذا إهن يتخذنه بديلا عن موضوع حبهن داوم على علاجها متخذًا حيادته، فإنه يفيد في عملية الشفاء وقد برهنة الوقائع على صحة رأيه خلال سنين عديدة ما مكن المحللين النفسيين معرفة حقيقة هذه العواطف. ومن هنا تقوم القوة الشفائية للتحليل النفسي في القاعدة "اعرف نفسك" وذلك لأن نجاح الذات في تحقيق المعرفة وتحويلها إلى ذات مرنة أكثر صدقا وقادرة على تسلّم زمامها لذاتها بكل صياغها الداخلية.

## المحاضرة 4: التفريغ أو التطهير الانفعالي.

تمهيد:

وجد فرويد إن أعراض العصاب تختفي تلقائيا نتيجة عملية التفريغ أو التطهير الانفعالي، التي يحدث خلالها استدراج محتويات اللاشعور الى حيز الشعور والتعبير عنها لفظيا وانفعاليا، وعلى هذا فهذه عملية علاجية هامة، وقد قابل "فرويد" هذه المشكلة بأن لجأ الى استخدام الإيحاء أثناء اليقظة والإصرار على المريض سوف يتذكر الذكريات المنسية، وكان ذلك يتطلب جهدا كبيرا من جانبه إذ عليه أن يتغلب عن طريق الإصرار على مقاومة المريض ثم ما لبث "فرويد" أن وجد طريقة الإيحاء أثناء اليقظة طريقة قاصرة ولا يمكن الاعتماد عليها وحدها.

### 1. تعريف التفريغ الانفعالي:

يعتبر التفريغ النفسي: " وسيلة لإفراغ الطاقة السلبية التي قد تملأ الكيان النفسي للإنسان من كآبة، حزن، توتر، قلق، أرق، صراع، إحباط وغيرها من المشاعر النفسية السلبية، التي إذا لم تخرج من داخل الإنسان وتُعبّر عن نفسها بطريقة ما، قد تُعبّر عن نفسها عن طريق إمرض أعضاء في الجسم بطريقة سيكوسوماتية مسببة لأمرض كفشل أو اضطراب وظيفي لأعضاء مثل: " البنكرياس، الكلى، الكبد، المعدة، الجلد وغيرها"، مسببة أمراض لا حصر لها بمسميات كثيرة. فالتفريغ الانفعالي: " هو التخفيف من المعاناة النفسية والحد من الألم النفسي عن طريق البوح بكل ما يختلج الى خاطر الفرد قد يورقه ويقلقه لمختص نفسياني".

## 2. الهدف من تقنية التفريغ الانفعالي:

1. التعبير عن الأفكار والانطباعات والمشاعر وتعزيز المنظومة المعرفية من خلال فهم الحدث وردود الفعل تجاهه، والتعريف بطرق المساعدة الإضافية المختلفة عند اللزوم.

2. التدريب على التعبير عن المشاعر بجرية من خلال المشاركة، والقدرة على الحركة من خلال المجموعة لتحقيق الدعم والمساندة والتماسك.

3. إعداد الخبرات السابقة، الحالية وتحديدتها، مثل الأعراض "symptoms"، وردود الأفعال "Reactions" التي يمكن ظهورها.

## 3. مراحل الثلاثة لتقنية التفريغ الانفعالي :

المرحلة الأولى: التعبير عن المشاعر وتقويم حجم المعاناة من قبل الآخرين.

المرحلة الثانية: نقاش مفصّل حول الأعراض وإثبات عملية بناء الثقة والدعم.

المرحلة الثالثة: تعبئة المصادر وإثبات المعلومات، وصياغة خطط مستقبلية.

(أحمد، مُجّد الحواجري، ب س)

إذن التركيز على عمليات التفكير واتخاذ القرار تحتاج لعملية التفريغ الانفعالي، مما يحقق الاستبصار بالحالة التي يعيشها الفرد بالتنفس الانفعالي "الإفراغ الانفعالي أوالتطهير" وهو تغير انفعالي عن صراع كان من لحظة مكبوتة فإعادة التحليل إلى التجربة الحية للمريض. (دانييل، لاجاش، 1965، ص25)

فيتذكر فيه المريض الخبرات الشخصية الماضية ويسترجع الذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية، التي لم يعبر عنها المريض أثناء حدوث صدمة، مما أدى إلى الكبت وتكوين العقدة، وقد أكد فرويد أن أعراض العصاب تختفي تلقائياً نتيجة التنفس الانفعالي، والذي يحدث خلاله استرجاع محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور وتعبير عنها لفضياً وانفعالياً لهذا فهي عملية علاجية فعالة وهي ما يعتمد عليه كل الأخصائيين النفسيين في الوقت الحالي عند استعمال أداة المقابلة العيادية نصف موجهه، فيحصل المعالج على كل المعلومات الخاصة ويقوم المريض بالتفريغ الانفعالي.

### خلاصة:

وتأثير ما عرف العلاج التحليلي الفريدي بأنه استجلاء اللاشعور، إي يتحصر المعالج في تحويل الدوافع اللاشعورية إلى الشعورية وبذلك يحدث الشفاء عند معرفة المريض من أعراضه المضية وبذلك فهو يسعى إلى تعديل شخصية الفرد وبناءها عن طريق التحويل والتفريغ عمق للماضي والخبرات المدفونة للوصول إلى فهم الذات وهو ما يعرف باستبصار، أفراد المعرفة السيكولوجية المتعلقة بالسلوك المرض إثراء عظيماً، بل إن اكتشافات الناتجة عن تحليل النفسي من قبل الطرح المقاومة والإفراغ الانفعالي ثابت ذات تأثير حاسم في تطوير النظريات العامة للسلوك. فتعتبر تقنية التفريغ الانفعالي من بين أهم التقنيات في العلاج النفسي التحليلي التي تساعد المفحوص في التخلص من الضغوط والأحداث المؤلمة والتوتر والقلق.

## المحاضرة 5: العلاج بالتنويم المغناطيسي.

### تمهيد:

قام العديد من العلماء قبل فرويد باستعمال تقنية التنويم المغناطيسي وأغلبهم كانوا أطباء، بحيث استعانوا به أثناء القيام بالعمليات الجراحية، من أجل تخفيف الألم في ظل غياب اكتشاف المخدر، فتقبلت المنظمات المهنية التنويم المغناطيسي لمعالجة المرضى الذين يعانون مشاكل طبية أو نفسية، فتقنية التنويم المغناطيسي حالة شبيهة بالنوم تسمى بحالة الخضر وتستخدم علمياً في علاج المرضى، وهي حالة ظرف مؤقت ينطوي على تغيير انتباه الفرد. أظهر العلماء أن حالة التنويم جزء طبيعي من السلوك الإنساني، وأن لها تأثيراً في تجارب الإنسان النفسية، الاجتماعية والبدنية، كما لا يملك المنوم قوة خارقة، إذ تتوقف تأثيرات التنويم على طوعية الشخص المنوم ودوافعه. ويؤدي أي تغيير في صفة انتباه الشخص أو درجة تركيز انتباهه إلى تغييرات في تجربته الباطنية و الخارجية .

تقارن حالة التنويم بحلم النائم، أو سيره وهو نائم، لكن في الواقع لا يمد التنويم بصلة إلى النوم، لأنه يتطلب تركيزاً ذهنياً أعمق وأنشط. ويمكن للتنويم المغناطيسي أن يكون أداة فعالة للسيطرة على بعض المشاكل العضوية المتصلة بعوامل نفسية، وقد تمكن الأطباء باستخدام التنويم المغناطيسي من مساعدة مرضاهم على استرجاع ذكريات تجاربهم، وتخفيف حدة التوترات العاطفية التي تراكمت على مر الزمن. يقول "أحمد عكاشة التنويم المغناطيسي" "Hyphotherapy": أنه نوم صناعي يعتبر غامض ولم يكتشف جميع أسرارها، يحدث عن طريق الاسترخاء الجسمي وتركيز الانتباه الى أشياء يوحي بها المنوم، ويستخدم في علاج أعراض التشنج الهستيرى، فبالتنويم نعطي اقتراحات ثم نكتشف

أسباب ثم الاستبصار واكتشاف المكبوت لأن المكبوتات تدخل للشعور بعد استرخاء الأنا وتظهر في فلتات اللسان والتمتمة بكلمات كلها لها مغزى على شكل رموز.

## 1. تعريف العلاج بالتنويم المغناطيسي:

اهتم "فرويد" خاصة بنتائج أعمال "شاركو وبيرنهائم"، واستخدم التنويم في دراساته المبكرة لحالة اللاوعي. إلا أنه تخلى لأسباب عديدة عن استخدام التنويم في عيادته، رغم مواصلته اعتبار التنويم ظاهرة مهمة تستحق البحث. كما أنه عدل في أواخر عمره نظريته السلبية إلى التنويم هو حالة تشبه النشوة، حيث يزداد فيها مستوى التركيز نتيجة الإيحاء وعادة ما يتم التنويم المغناطيسي بمساعدة المعالج باستخدام التكرار اللفظي والصور العقلية ويشعر المفحوص خلاله بالهدوء والاسترخاء، ويكون أكثر انفتاحًا واستجابة للإيحاءات. الهدف منه مساعدة المريض على التحكم بشكل أفضل في حالة الوعي لديه.

(داكو، ب، ترجمة: رعد، اسكندر و أركان، بيثون، 2002، ص10)

في الماضي اعتقد الأفراد أن بإمكان التنويم المغناطيسي حمل الأشخاص على ارتكاب أفعال إجرامية أو أعمال أخرى ضد إرادتهم. ولكن لا نجد اليوم دليلاً على ذلك، إذ في مقدور هؤلاء الأشخاص مقاومة الإيحاء إليهم، ذلك لأنهم لا يفقدون السيطرة على أفعالهم أثناء تنويمهم، وبإمكانهم التمييز بين الحق والباطل، ويمكن عزو كثير من سوء الفهم الشائع عن التنويم المغناطيسي إلى الطريقة التي يؤدي بها أمام الجمهور، إذ يتعرف عليه كثير من الناس لأول مرة لدى مشاهدتهم لشريط سينمائي أو لعرض سحري، وكثيراً ما يجعل هذا العرض للتنويم المغناطيسي يبدو وكأنه تجربة سهلة الأداء، مما قد يغري من لم يتلقوا تدريباً كافياً بتجريب عمليه التنويم على أنفسهم أو غيرهم. (زهير، خشيم، 2012)

إذن العلاج بالتنويم المغناطيسي يشتمل على مميزات ايجابية وعلى درجة عالية من الاسترخاء، ويقلل من مستوى الشد والتوتر العصبي، وقد أوصى العديد من المعالجين النفسانيين والعلماء بأهمية استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي كوسيلة علاجية فعالة لحياة أفضل.

## 2. تعريف حالة الخدر في تقنية التنويم المغناطيسي:

الخدر هو فقدان الإحساس أو الشعور في جزء من الجسم، غالبًا ما تصاحبه تغيرات أخرى في الإحساس، كالشعور بوخز دبابيس وإبر أو ألم حارق، ويمكن أن يصيب الخدر عصبًا واحدًا فقط من جانب واحد لجسمك أو كلا الجانبين من الجسم "MayoClinic" ويتم كيميائيًا. فالاستعداد للإيحاء هو استعداد ذهني يتيح احترام الأوامر بسهولة تامة ودون مناقشة الأوامر، يمكن أن يتوضح هذا الاستعداد في حالات متعددة:

1. الايحائية قد تأتي من السذاجة أو من سرعة التصديق فهذا يكون عند الأشخاص المستعدين لتقبل كل شيء. غير أنها ليست الايحائية بمعناها الصحيح "تقبل الايحاء".

2. الايحائية تتجسد في بعض الحالات الاختلال العابرة: كالتعب الشديد مثلاً، وهن العصبي وكافة الاضطرابات الانفعالية التي تؤدي الى فقدان السيطرة على الذات.

(داكو، ب، ترجمة : رعد، اسكندر و أركان، بيثون، 2002، ص22)

## 3 . تقنية التنويم المغناطيسي وأمواج الدماغ:

للدماغ قدرة على تغيير اهتزازاته وتأثير على الأعمال اللاإرادية الأعضاء الداخلية، فتقسم الوظائف الجسدية إلى نوع: الإرادية ولا إرادية.

**1.3. أمواج Beta:** وهي حالة تيقظ وانتباه جسمي في دورة بيتا، يكون فيها العقل والعواطف في حالة استجابة للأحاسيس في معظم أوقات اليقظة يركز فيها الفرد في هذه الحالة.

**2.3. أمواج Alpha:** وهي غمرة خفيفة واسترخاء جسمك في دورة ألفا هذا المستوى ينخفض التوتر ويحدث تباطؤ في نبض القلب والجسم.

**3.3. أمواج Theta:** وهي مرحلة يمر بها الإنسان عند بداية دورة تيتا، وعند الاستيقاظ أي هي مرحلة بداية النوم وقرب انتهائه. ويكون التابع في هذه المرحلة أثناء عمليات التنويم المغناطيسي

**4.3. أمواج Delta:** وهي مرحلة النوم العميق والأحلام في دورة دلتا، وهي فترة هدوء روحي وتحديد الخلايا، ومن دون نوم كاف في هذه المرحلة يعاني الشخص من حرمان النوم (الأرق).

#### 4. تاريخ تطور تقنية التنويم المغناطيسي:

كي تؤسس تفهما عميقا للتنويم المغناطيسي يجب تفهم أصوله، كيف تطور وأصبح على ما هو عليه الآن فهناك الكثير والكثير، فهذا التاريخ المختصر يمكن أن يساعد فقط على إضافة عمق وتفهم لاستعمال التنويم المغناطيسي الذاتي، وتظهر علامات التنويم المغناطيسي كظاهرة في العديد من الثقافات القديمة، فقد اقترح القدماء أن التنويم المغناطيسي قد استخدم من قبل عرافة "دلفي" أحد الأساطير اليونانية وفي الشعائر الدينية في مصر القديمة، فلقد بدأ التاريخ الحديث للتنويم المغناطيسي في عام 1700 حين أحيأ الطبيب الفرنسي "أنتون مسمر Anton Mesmer" الاهتمام به مرة أخرى.

وفي (1734-1815) ولد "فرانز آنتون ماسمر" بفيينا واعتبر مؤسساً للتنويم المغناطيسي. ويسمى بكلمة "مسمارية" التي تصف عملية تتضمن الوقوع في حالة الاغماء عبر سلسلة من الحركات يصنعها بيديه أو بأحجار مغناطيسية على الأفراد، وقد عمل على التأثير البدني للفرد على غيره في طاقات نفسية وكهرومغناطيسية. وكما شوه المجتمع الطبي سمعته فيما بعد بالرغم من نجاحه في علاج العديد من الأمراض المزمنة المختلفة، حيث أزعجت نجاحاته المؤسسة الطبية آنذاك ونظمت لجنة تحقيق حكومية رسمية فرنسية. بحيث تضمنت هذه اللجنة "بنيامين فرانكلين" والسفير الأمريكي بفرنسا والطبيب النفسي الفرنسي "جوزيف جيلوتين"، الذي قدم صورة الانهيار العصبي من ناحية نفسية عازلاً العقل عن باقي الجسم، (1795-1860) وكان الطبيب الإنجليزي "جيمز برايد" في الأصل معارضاً للمسمارية كما أطلق عليها بعد ذلك وأصبح فيما بعد مهتماً بها، وقال إن الشفاء لم يكن يسبب التأثير البدني للفرد على الآخرين بل كان بسبب الأعباء. ولقد قام بتطوير أسلوب تثبيت العين تعرف أيضاً بالبرايديّة نسبة إليه، لاستمالة الاسترخاء وأطلق عليه "Hypnos" تيمناً باسم إله النوم لدى الإغريق "Hypnos" لأنه اعتقد أن هذه الظاهرة ما هي إلا صورة من صور النوم. ولقد أدرك خطأه فيما بعد وحاول تغيير الاسم إلى "Monoeidism"، وتعني تأثير الفكرة الواحدة، إلا أن الاسم الأصلي ظل عالماً بالأذهان "1825-1893" كان "جين ماري" شاركوت" طبيباً فرنسياً للأمراض العصبية يختلف في الرأي مع مدرسة "نانسي" للتنويم المغناطيسي، وكان يؤكد أن التنويم المغناطيسي ما هو إلا مظهر من مظاهر الهستيريا. وكان هناك صراع مرير بينه وبين جماعة مجموعة نانسي "ليبولت وبرنهام". ولقد أحيا نظرية

"مسمر" الخاصة بالتأثير البدني للفرد على الآخرين، وعرف مراحل الفشية الثلاث: "السبات، التخشب، والسير أثناء النوم".

وفي عام "1845-1947" كان "بي يرجانيت" طبيباً فرنسياً للأمراض العصبية والنفسية وكان في البداية أحد المعارضين لاستخدام التنويم المغناطيسي حتى اكتشف تأثيره وقدرته على العلاج، وكان "جانيت" واحداً من القلائل الذين استمروا في إبداء اهتمامهم بالتنويم المغناطيسي خلال تفشي ثورة التحليل النفسي، وفي عام "1808-1857" أجرى "جيمز إيسدايل" الطبيب الجراح "ألفي" عملية جراحية، وكان من ضمنها عمليات بتر وكان المرضى تحت تأثير التخدير المغناطيسي، ولم يشعر أحدهم بأي ألم "1857-1925" كان "إيميلي كوي" الطبيب الذي صاغ قوانين الإيحاء، كما عرف أيضاً بتشجيعه لمرضاه بأن يرددوا لأنفسهم من عشرين إلى ثلاثين مرة كل ليلة قبل النوم العبارة التالية: "أنا سأصبح أفضل وأفضل حالاً كل يوم، وبكل السبل". كما اكتشف أن توجيه الإيحاءات الإيجابية عند وصف الدواء أثبت أنه علاج أكثر فاعلية من وصف الدواء فقط، وفي نهاية المطاف تخلى عن فكرة التنويم المغناطيسي من أجل استخدام الإيحاءات فقط بالوقوع تحت تأثير التنويم المغناطيسي يفسد من فاعلية الإيحاءات. (إيسون، آ، 2010، ص 267)

كان طبيب أسكتلندي "جيمس إيسدايل" يعمل في الهند، يستخدم التنويم المغناطيسي كمخدر في العمليات الجراحية الرئيسية، بما فيها عمليات بتر الساق. وقد أجرى "زهاء" 200 عملية باستخدام التنويم وفي أواخر القرن التاسع عشر الميلادي، أجرى طبيب الأمراض العصبية الفرنسي "جان مارتن شاركو" تجارب تعتبر حدثاً في تاريخ استعمال التنويم، ووجد أن التنويم يلطف كثيراً من حدة الحالات العصبية، وقد انتشرت سمعة عيادته لعلاج الأمراض العصبية بين علماء في زمانه، ومنهم عالم النفس الفرنسي

"ألفرد، بينيه، وسيجموند فرويد" وفي أواخر القرن التاسع عشر الميلادي درس الطيبان الفرنسيان "هيبوليت بيرنهام وأوجست ليو"، الدور الذي يقوم به الإيحاء في إحداث حالة التنويم. كما استخدم التنويم لمعالجة أكثر من 12,000 مريض، أما فرويد فاهتم خاصة بنتائج أعمال "شاركو وبيرنهام" واستخدم التنويم في دراساته المبكرة لحالة اللاوعي، إلا أنه تخلى لأسباب عديدة عن استخدام التنويم في عيادته، رغم مواصلته اعتبار التنويم ظاهرة مهمة تستحق البحث، كما أنه عدل في أواخر عمره نظرتة السلبية إلى التنويم، وفي أوائل القرن العشرين حاول العالم الفيسيولوجي وعالم النفس الروسي "إيفان بافلوف" اكتشاف سبب عضوي للتنويم، إذ اعتقد أن حالة التنويم تقوم على أساس التثبيط أو الاختصار لاندفاعات عصبية في الدماغ، وشاع استخدام التنويم المغنطيسي على يد الأطباء وعلماء النفس خلال الحربين العالميتين الأولى والثانية، إذ استخدم التنويم لمعالجة الإعياء في أعقاب المعارك والاضطرابات الذهنية الناجمة عن الحرب. وبعد الحربين وجد العلماء استخدامات إضافية للتنويم في العلاج الطبي.

## 5. كيفية استعمال تقنية التنويم المغنطيسي :

للتنويم المغنطيسي فوائد علاجية أخرى بعيدة عن الاستعراض، فالشخص الذي تجري له عملية التنويم المغنطيسي وتساعدته على الاسترخاء والابتعاد عن مشاكله ومخاوفه، هذا هو السبب الذي يجعل المختصين يساعدون الافراد على تحديد مسار الأشياء الصحيحة ببرمجتها بهذه التقنية.

1. استخدم التنويم المغنطيسي البسيط لتخفيف مستويات التوتر: يؤدي التنويم المغنطيسي إلى تخفيف مستوى التوتر، بغض النظر عن الإرشادات المقدّمة خلال جلسة

التنويم، لذا لا تعتقد أنك بحاجة "لعلاج" الفرد. إن إدخال الشخص إلى حالة السبات فقط طريقة رائعة لتقليل مستويات التوتر والضغط العصبي. إن الوصول إلى حالة استرخاء عميقة دون محاولة "علاج" أي مشاكل أمر نادر الحدوث في الحياة اليومية لدرجة أن نقص ذلك يضع المشاكل والمخاوف في الصدارة دائمًا.

2. اطلب من الشخص تخيّل حلول لمشكلات محتملة: عوضًا عن توجيه الشخص إلى طريقة إصلاح أمر ما، اطلب منه تخيّل نفسه وكأنه ينجح في ذلك بالفعل، كيف يبدو شعور وإحساس النجاح بالنسبة له؟. كيف وصل إلى ذلك؟. ما المستقبل الذي يفضّل أن يكون فيه؟. ما الذي تغيّر ليصل إلى ذلك؟ ولما يتغير ماذا يشعر حينها؟.

3. اعلم أن التنويم المغناطيسي يمكن أن يُستخدم للعديد من المحن الذهنية: على الرغم من أنه يتوجب عليك البحث عن مساعدة طبية على يد طبيب محترف، إلا أن التنويم المغناطيسي يُستخدم منذ القدم لعلاج مشاكل الإدمان، علاج الألم، الخوف الشديد، مشاكل الثقة بالنفس، وغير ذلك التنويم المغناطيسي أداة ممتازة لمساعدة الفرد على علاج نفسه بتخيّل العالم بعيدًا عن مشاكله. مثالًا: "أن يتخيّل يومًا يقضيه دون التدخين أو أن يتخيّل لحظة فخر لرفع مستوى ثقته بنفسه. "دائمًا" ما يكون العلاج بالتنويم المغناطيسي أسهل إن كان الفرد يرغب بإيجاد حل لمشكلته.

5. اعلم أن التنويم المغناطيسي مجرد جزء صغير من العلاج الذهني: الفوائد الرئيسية للتنويم المغناطيسي هي الاسترخاء وإيجاد وقت للتفكير في أي مشكلة بشكل آمن، ويتعلّق الأمر بالاسترخاء العميق والتركيز الشديد على المشكلة في نفس الوقت، التنويم

المغناطيسي ليس بالحل السحري أو السريع للمشاكل، فما هو إلا طريقة لمساعدة الناس على الغوص عميقًا في أذهانهم. هذا النوع من التفكير في النفس مهم جدًا لامتلاك صحة ذهنية جيدة، إلا أنه يجب التعامل مع المشكلات المزمنة والخطيرة من قبل شخص محترف ومجاز طبيًا.

**6. إنهاء جلسة التنويم المغناطيسي:** أخرج الفرد من حالة السبات بشكل تدريجي بطيء، يجب ألا تفزع الشخص أثناء تواجده في حالة الاسترخاء العميق. اسمح للفرد بأن يعرف أنه يصبح أكثر وعيًا بالأشياء المحيطة به، أخبره أنه سيرجع إلى حالة الوعي الكامل بعد أن تصل بالعد إلى الرقم 5. إذا وجدت أن الفرد مستغرق بعمق في حالة السبات، ساعده على الارتقاء على "السلم" معك من جديد، حيث يستعيد الوعي تدريجيًا مع كل درجة ابدأ بقول "سأعدّ من 1 إلى 5، وستكون واعيًا تمامًا، ومنتبهًا، ومنتعشًا عندما أصل إلى العدد 5". (Gibbons, D. E, 2001)

**7. ناقش عملية التنويم المغناطيسي مع الفرد ليساعدك ذلك على التحسّن في مستقبله:** اسأله عن الأشياء التي بدت صحيحة بالنسبة له، وعن الأشياء التي أخافته لإلغائها من جلسة التنويم المغناطيسي، واسأله عن شعوره أثناء الجلسة، يساعده ذلك على إدخال الأفراد في حالة التنويم المغناطيسي بسهولة في المرات القادمة، ويساعد ذلك الآخرين على معرفة الأشياء التي استمتعوا بها أثناء العملية، لا تضغط على الشخص للتحدّث فورًا، كل ما عليك فعله هو فتح مناقشة عادية، والانتظار لمعرفة الإجابات لاحقًا إن كان الشخص يشعر بالاسترخاء وكان يرغب ببعض الوقت الإضافي في هذه الحالة.

6. الظواهر الناتجة عن التنويم الإيحائي: وقد تمكن الأطباء باستخدام التنويم المغنطيسي من مساعدة مرضاهم على استرجاع ذكريات تجاربهم، وتخفيف حدة التوترات العاطفية التي تراكمت على مر الزمن. وتمكن المرضى من استرجاع صحتهم، ومن هذه المشاكل النفسية العضوية بعض الحالات في الجهاز العصبي، وكذلك بعض عطل القلب، المعدة والرئتين. وساعد التنويم المغنطيسي أحياناً في معالجة المرضى، الذين يشكون من أمراض مزمنة، كداء التهاب المفاصل والسرطان والتصلب المتعدد والألم، والجلطة الدماغية. مثال عند تطبيق التنويم المغنطيسي من خلال إدخال الفرد في حالة السبات، بحيث تتحدّث بصوت منخفض، مريح، وبطئ. أي أخذ وقتك عند التحدّث واحتفظ بهذه النبرة طوال فترة تحدّثك مع المنوم، واجعل صوتك هادئاً ومرتناً. كان تقول له: "اسمح لكلماتي بالانسياب عليك، وتقبّل اقتراحاتي وكأنها رغبتك الشخصية، كل شيء هنا آمن، وهادئ، ويُشعر بالسلام. اسمح لنفسك بالاستراحة على الكرسي أو الأريكة بينما تقوم بالاسترخاء بعمق، أنظر الى النقطة التي أمامك وركز فيها "تكون في صورة أمامه"، وتوحي اله: "قد تشعر بأن جفونك ثقيلة وأنت ترغب بإغماض عينيك، بعدها أغمضها، اسمح لجسمك بالاستراحة بشكل طبيعي، استمع لجسمك ولصوتي بينما تبدأ بالشعور بالهدوء"، "أنت تتحكم في نفسك بشكل كامل، ولن تقبل اقتراحاتي إلا إن كانت مفيدة لك وكنت مستعداً لتقبّلها". اطلب منك التركيز على التنفّس المنتظم العميق، بأخذ نفس عميق شهيقاً وزفيراً منتظم، "قم بالشهيق بعمق الآن، واملأ صدرك ورئتيك بالهواء" واتبع ذلك بالزفير، أغمض عينيك وتخيل أنك في رحلة الى مكان تحبه استمع الاصوات العصافير، لاحظ كل شيء جميل وركز على كل ما يرفع المعنويات عند الفرد، وتذكّر المواقف السعيدة التي حصلت معك سابقاً، وذلك للحدّ من التوتر والقلق، والان تخيل

وكأنك تشاهد شكل الماء البارد وهو ينساب على جسمك بشكلٍ بطيءٍ من الأعلى إلى الأسفل ماراً بمختلف مناطق الجسم. هذا اختبار قابليته الفرد للإحياء، وسوف تلاحظ استجابة القشعريرة فيه، إن لم يحدث يحتاج إلى إحياءات أكثر، بعدها قم بإعادة برمجة الأفكار المتفق عليها مع المنوم، بعدها يقوم المعالج بإرجاع المريض إلى الواقع "هنا والان" إلى المكان الذي هم فيه ويطلب منه فتح عينيه وبعد القليل من الراحة يجتبر نجاح التنويم بطرح أسئلة عن الألم إن وجد أو هل تغيرت الأفكار أي تحقيق الهدف من تمرين التنويم.

## 6. مجالات استعمال تقنية التنويم المغناطيسي في العلاج النفسي:

يمكن أن يكون العلاج بالتنويم المغناطيسي طريقة فعالة في التكيف مع الضغوط والقلق. وقد يقلل تحديداً من الخوف قبل إجراء طبي، ولقد تبث دراسة استخدام التنويم المغناطيسي في حالات أخرى أيضاً، بما في ذلك:

1. **التحكم في الألم:** يساعد التنويم المغناطيسي في التحكم بالألم في حالة الألم الناتج عن الحروق، السرطان، الولادة، متلازمة القولون المتهيج، تصلب العضلات والمفاصل، مشاكل المفصل الصدغي الفكي السفلي، عمليات الأسنان، وحالات الصداع.
2. **التخدير:** يستعمل كمخدر بدل "مادة المورفين" قبل إجراء العمليات الجراحية، وذلك تجنباً للأعراض الجانبية للمورفين، فلا يصلح التنويم المغناطيسي للمصابين بأمراض عقلية حادة، نادراً ما تحدث تفاعلات عكسية للتنويم المغناطيسي، ولكن يمكن أن تشمل ما يلي: "الصداع، النعاس، الدوار، القلق أو التوتر، اختلاق ذكريات وهمية". (Staff,2020)
3. **حالة هبّات الحرارة عند المرأة في سن اليأس:** يخفف التنويم المغناطيسي من أعراض هبّات الحرارة المرتبطة بانقطاع الطمث.

4. **ينجح مع الحالات العصبية:** يساعد التنويم المغناطيسي في علاج أعراض القلق، الرهاب، الهستيريا، الضغوط النفسية، اضطراب ما بعد الصدمات، لا ينجح كثير مع الوسواس القهري لأنه شكاك ولا يمكنه الخضوع لتعليمات التنويم المغناطيسي ليس لديه قابلية للإيحاء.

5. **التغير في السلوك:** يتم استخدام التنويم المغناطيسي في علاج الأرق والتبول الليلي والتدخين والإفراط في الأكل، وغيرها من الاضطرابات النفسية، وذلك عن طريق تخفيف حدة التوار والقلق.

6. **تخفيف الآثار الجانبية لعلاج الامراض الخطيرة "السرطان" والمعدية "أمراض المناعة":** يتم استخدام التنويم المغناطيسي لتخفيف الآثار الجانبية المرتبطة بالمعالجة الكيميائية أو العلاج الإشعاعي. من السهل استخدام التنويم المغناطيسي على الفرد يرغب بتنويمه مغناطيسيًا، لأن التنويم المغناطيسي في الحقيقة ما هو إلا تنويم الشخص لنفسه مغناطيسيًا، خلافًا للمفهوم المغلوط السائد، لا يتعلّق التنويم المغناطيسي بقوى عقلية خارقة تتعلّق بالتحكم في الذهن، كل ما تفعله أنت كمنوّم مغناطيسي هو إرشاد الفرد ومساعدته على الاسترخاء والدخول في حالة السبات أو إيقاظه منها. إن طريقة "الاسترخاء التقدّمي" التي يتم تقديمها في هذا المقال أحد أسهل طرق التنويم المغناطيسي التي يمكن تعلّمها، ويمكن استخدام هذه الطريقة مع الأفراد الذين يرغبون بأن يتم تنويمهم مغناطيسيًا دون الخبرة حتى . (Gibbons, D. E., & Lynn, S. J , 2010,p 268)

7. **ينجح مع الحالات السكوسوماتية "الامراض العضوية":** أمراض القلب، ضغط الدم، القصور الكلوي، سكري، الامراض الجلدية ..الخ.

إذن للتنويم المغناطيسي استعمالات متعددة بداية بالتخدير الى اعادة برمجة الأفكار.

## 7. الآثار التي تظهر للمعالج بعد تطبيق تقنية التنويم المغناطيسي:

نستطيع القول أن خاصية الإيحاء المباشر في التنويم المغناطيسي، لها آثار متعددة وتلقائية التي تظهر كنتيجة للمعالج بعد تطبيقه لتقنية التنويم المغناطيسي، وهي كما يلي:

1. **زيادة القابلية للإيحاء:** نعني بها قدرة المخ أثناء التنويم على تحليل المؤثرات والتعرف عليها رغم انخفاض دورة الدماغ تبعا لكل الإيحاءات. ولقد وجد أن التغيرات المخية برسم المخ الكهربائي تشابه تماما حالة المخ أثناء الاسترخاء، بينما لا توجد تغيرات في تموجات المخ في حالة عدم وجود إيحاء. وأثناء حالة التنويم المغناطيسي يقوم الفرد بأي أفعال أو تصرفات يؤمر بها، إلا التي كانت تتناقض مع تصرفاته الطبيعية، فيرفضها لهذا يجب التأكد منها قبل التطبيق حتى تتمكن من القيام بالتنويم المغناطيسي بنجاح باستعمال المقابلة العيادية النصف موجهة، إن الشخصية القابلة للإيحاء هي التي تستجيب بسرعة للإيحاءات وتتبعها وتتقبلها دون شك لا يتناسب مع احتياجات المؤثر بنفس الدرجة، وبذلك نستطيع أن نعرف زيادة القابلية للإيحاء عند الفرد من خلال انخفاض في قدرته على تقييم الاستجابة الطبيعية للمؤثر الخارجي، فتزداد القابلية للإيحاء تحت التنويم الإيحائي.

2. **الألفة مع المنوم المغناطيسي:** ومعناها زيادة الألفة والود بين الفرد والمنوم المغناطيسي، والتي تتشابه إلى حد كبير الألفة التي تنشأ بين المريض والمحلل النفسي، وكانت هذه الألفة هي السبب الرئيسي الذي جعل "فرويد" يهجر التنويم إلى "التداعي الحر".

3. **فقدان الذاكرة المصاحب للتنويم العميق:** ونعني بذلك عدم تذكر الأحداث التي تمر أثناء فترة التنويم، ومن الغريب أن فقدان التذكر يحدث بالنسبة للإحداث التي تمر في حالة التنويم بينما لا يحدث بالنسبة للأحداث التي تمر في حالة اليقظة أي أنه أثناء التنويم يمكن

تذكر الأشياء التي تحدث أثناء حالة اليقظة، ولذا فإن التنويم هو حالة من الوعي يمكن من خلالها استدعاء كل التجارب التي تحدث في حالة اليقظة .

4. **القدرة على الاتصال بالعقل الباطن:** أن حالة التنويم الإيجابي هي أفضل الحالات التي يمكن من خلالها استكشاف محتويات العقل الباطن، وإذا عرفنا أنه بين كل جلسة تنويم وأخرى لا يتذكر الشخص الأحداث التي مرت أثناء التنويم، بينما أثناء جلسة التنويم ذاتها يستطيع أن يتذكر ما حدث في جلسة التنويم السابقة، وذلك دليل على أن حالة التنويم تتيح فرصة الاتصال بالعقل الباطن. وكثير من ظواهر حالة التنويم يمكن تفسيرها بالقدرة على الاتصال بالعقل الباطن، وهو الذي تخزن فيه تحليل ما ندرك، فإذا تمكنا من أن تنويم العقل الحاضر فهذا يعني الاتصال بالعقل الباطن والدخول فيه، ومن ثم يمكن تغير أو إزالة أو تقوية ما يوجد بداخل العقل الباطن من معلومات، وذلك عن طريق التنويم الإيجابي "المغناطيسي"، الذي يعتمد على رغبة المحتاج لهذا النوع من العلاج، ومدى قناعته به. فإذا اعتبرنا أن الكثير من الدوافع والرغبات الشعورية التي تخزن في العقل الحاضر "الواعي"، والتي نحلل به الأمور والأشياء التي نراها، نسمعها، نلمسها ونتذوقها، فيشمل ذلك: "التفكير المنطقي التحليلي، الذاكرة المؤقتة، وقوة الرغبة"، ويكون مصدرها لا شعوري، فإننا نستطيع أن نوجه الشعور من خلال الإيحاء اللامباشر أو الإيحاء المباشر، وكذلك من خلال الإيحاء بعد التنويم، ولهذا يمكن التحكم في الدوافع والرغبات اللاشعورية وتوجيهها.

5. **الاحتفاظ بدرجة من الوعي بالمقارنة بحالة التنويم الطبيعي:** يمكن في حالة التنويم السطحي، أو المتوسط أن يتحدث للفرد المنوم إيجابيا أو مغناطيسيا مع المنوم أو مع أي شخص آخر، ولكن في حالة النوم الطبيعي فإن القدرة على الكلام تحتاج إلى إيحاء

بذلك، حيث أن الشخص المنوم مغناطيسياً لا يسمع إلا صوت المنوم في حالة التنويم المغناطيسي.

6. **التغيرات الجسمية:** لاحظ العلماء أثناء التنويم المغناطيسي انخفاض نسبة تشبع الدم بالأوكسجين، ويزداد عدم التشبع بازدياد عمق درجة التنويم، وقد يظهر ضيق في مجال الرؤيا "النظر" ويصير مجال الرؤية ضعيف بحيث يصبح وكأن الشخص ينظر من خلال أنبوب ضيق، ويمكن ملاحظتها في سرعة التنفس في بعض الحالات.

7. **قد يظهر التصلب التشنج:** وهو التوقف تماماً عن الاتيان بأية حركة أو تحرك جزء من أجزاء الجسم، جراء مقاومة التنويم المغناطيسي.

#### خلاصة:

التنويم المغناطيسي هو حالة من الهدوء والاسترخاء يحدث عن طريق ترديد لفظٍ مُعيّن لأكثر من مرّة اللفظ الإيحائي، أو عرض صورةٍ ما بشكلٍ متكرر على المريض، ويتم ذلك بمساعدة المعالج بحيث يُصبح الفرد المنوم مغناطيسياً أكثر تلبية واطاعة للاقتراحات والهلمات المعالج فيقوم بإعادة برمجة الافكار السلبية وتحويلها الى أفكار ايجابية ويحد من القيام بالعادات السيئة، فالتنويم الإيحائي هو المجال العلاجي الذي يُستخدم كعلاج مساعد للتخفيف من حدة أعراض معينة أو للسيطرة عليها وخصوصاً في المجال النفسي الجسدي كالأضطرابات الوظيفية واضطرابات نقص التروية الدموية واضطرابات النوم وحالات الألم والسلوك الإدماني وسلوك الطعام واضطرابات القلق واضطرابات السلوك والاضطرابات الجنسية الوظيفية وغيرها.

## المحاضرة 6: آلية تحليل التحويلات.

### تمهيد:

إن اختيار المريض المناسب والحالة المناسبة للعلاج التحليلي هي المسألة الصعبة في هذا الاختبار تتدخل فيه عوامل التي نشير إليها من خصائص المريض ودواعي تحليل معه، غير أن هناك عوامل أخرى للأبد من أخذها بعين الاعتبار، وهي عوامل التي أدت الى تطوير أساليب التحليل النفسي وأهدافه الى التقليل من مجال استعمال اليات العلاج التحليلي الكلاسيكي الى التحليل النفسي المستوحى، ومن أهم هذه العوامل هي ضرورة التيقن من أن المشاكل النفسية القائمة هي نتيجة لعوامل آنية، أو أنها من فعل العوامل القديمة من تجارب والخبرات أو الصراعات النفسية، فتحليل التحويلات من البديهي أن يستدعي المشاكل النفسية السابقة للدخول في عملية التحليلية الطويلة، وتهدف الى اجلاء الصراعات النفسية المكبوتة وبدلك قد يرتاح منها ولا يعود اليها، فالحالة الوحيدة التي يبرز فيها مثل هذا التحليل للمشاكل النفسية، وهو عندما تكون المشاكل متكررة، مما يعطي الانطباع بأنها مكبوتات لأنماط طفولية تسبب كل أنواع التحويلات.

### 1. تعريف التحويلات النفسية:

التحويلات النفسية هي موقف انفعالي يتم فيه نقل فعل أو نمط من السلوك من فرد الى آخر، بمعنى يتم التحويل عندما ينظر المريض إلى المحلل وكأنه أحد الوالدين، مما يسمح له بإعادة اختبار الصراعات أو الصدمات البارزة التي تعرض لها في مرحلة الطفولة "علاقة طفل بوالديه". (سيجموند، فرويد، 2000، ترجمة سامي مُجَدَّ علي وعبد السلام القفاش، ص128)

يتعلق الأمر في عملية التحويل أو النقلة بتكرار نماذج أولية طفلية معاشة مع إحساس مفرط بواقعيته الراهنة، وحسب "فرويد": "فإن العلاقة المعاشة من جديد في النقلة هي علاقة الشخص بالصورة الوالدية"، أي أن هناك ارتباط بين النقلة "التحويل" والنماذج الأولية والصور الهوائية "صورة الأب والأم".

أما التحويل في العملية العلاجية حسب "فرنزي": "يكون بطاعة المريض للطبيب، بشكل لاواعي، وهنا دور الصورة الوالدية المحبوبة أو المرغوبة في هذا الجانب"، فهو تحويل المريض للمشاعر والأفكار التي يستمدّها من شخصيات سابقة في حياته إلى معالجه، كما لو كان شخصا يعرفه من قبل، فيسقط عليه صوراً اختزلها في نفسه من الاستدماجات القديمة. ولكن ليس المحلل النفسي هو الشخص الوحيد الذي يمكن أن يحدث معه التحويل لأنه في علاقة دائمة بهؤلاء الأفراد. بل يمكن أن يحدث ذلك مع أي فرد يعتبر مفضل أو منبوذ من طرف الآخر حسب حالته، فيقف منه موقف الأب أو الأم والأخ... إلخ. (جان. لابانش وج-ب. بونتاليس، 2002، ص ص 548-549)

عملية التحويل تتجسد بواسطتها الرغبات اللاواعية، من خلال انصبابها على بعض الموضوعات ضمن إطار نمط من العلاقة التي تقوم مع هذه الموضوعات.

(جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص 261)

ظهر مفهوم التحويل من ممارسة التحليل النفسي عند "سيجموند فرويد" في تسعينيات القرن التاسع عشر، ويعتقد فرويد أن تجارب الطفولة والصراعات الداخلية شكلت الأساس لتطور الفرد وشخصيته كشخص بالغ، بحيث يهدف التحليل النفسي إلى الكشف عن تلك الصراعات اللاواعية، والتي قد تكون مسؤولة عن الأنماط الحالية

للعاطفة والسلوك، فالتحويل هو إحدى الطرق التي يمكن من خلالها التعرف على تلك النزاعات، ونأمل أن يتم حلها و التحكم فيها من قبل الأنا بعد إدراكها

## 2. أنواع التحويلات النفسية:

وقد لاحظ "سيجموند فرويد" أن المريض أثناء التحليل النفسي يتعرض لمشاعر مختلفة تجاه المحلل فهو تارة يحبه وتارة أخرى يكرهه، وقد تظهر عليه علامات الغضب، الغيرة، الخوف أو حتى العدوان، وحيث أن المريض لم يكن له صلة سابقة بالمحلل، فليس هناك ما يبرر هذا السلوك، ولا بد إذن أن يكون المقصود بهذا السلوك شخصا آخر، وما المحلل إلا إشارة يرمز إليها باعتباره الشخص المتاح، وبدراسة سلوك المريض المتكرر خلال عملية التحويل يستطيع المحلل أن يكون فكرة واضحة عن النمط السلوكي في حياة المريض، فتحليل التحويل أو تحليل الطرح يكون بتفسير موقف المريض من المحلل في أول عملية تحويل وتحليل الموقف المحايد، الذي لا يصطبغ بانفعال أو عاطفة معينة. وهناك أربع مظاهر أو أنواع من التحويلات تحدث بين المعالج و المتعالج نذكرها في ما يلي:

**1. التحويل الإيجابي:** هو إبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفية موجبة نحو المعالج النفسي.

**2. التحويل السلبي:** فهو تحويل المريض لعلاقة عدوانية مرفوضة اتجاه المعالج.

**3. التحويل المختلط:** وهو الجمع بين التحويل الإيجابي والسلبي وذلك حسب حالة المريض الانفعالية وما يسمى بالتناقض الوجداني عند العميل.

(سرى، إجلال مُجَّد، 2000، ص ص 113-114)

4. التحويل المضاد: الذي يرتبط بالمحلل أو المعالج النفسي، ويمثل مجمل ردود أفعاله اللاواعية اتجاه المريض. ولكي يحمي المعالج نفسه منه، يجب أن يبقى في اتجاهاته بمنأى عن اضطرابات المريض متجنباً الاستغراق فيها، ويجب أن يرك المحلل هذا النوع من التحويل. (عبد المنعم، الحفني، 1994، ص 921)

فقد يشعر المعالج بحالة إيجابية أو سلبية بشكل بارز بعيدة عن الموضوعية اتجاه المريض قد تخل بأهداف العملية العلاجية، لهذا يجب أن يحيل المريض الى محلل نفسي آخر أو يتحكم في تحويل.

### 3. تحليل التحويلات النفسية:

الاية التحويل النفسي تجعل المفحوص يقوم بطرح كل المشاعر والانفعالات التي بداخله على المعالج، الذي يقوم بتفسير كل ذلك فيما بعد حتى يستبصر بها المفحوص، ومن التحويل نجد تحويل إيجابي "يتسم بالحب والإعجاب"، وتحويل سلبي " يتسم بالكراهية والنفور"، وتحويل مختلط يجمع النوعين السابقين. فيعتبر التحويل ولو جزئياً على أنها مقاومة بمقدارها يستبدل الاستدكار المنطوق بتكرار الفعل، فالمقاومة تستعمل التحويل ولكن لا تكونه. (جان. لابانش و ج-ب بونتاليس، 2002، ص ص 486-487)

لهذا يجب التكفل الجيد بالتحويلات لأنها سر نجاح العملية العلاجية من بعد، فيجب أن تكون العلاقة بين المعالج والمتعالج موضوعية دقيقة وواضحة، بحيث يفسر المعالج كل هذه السلوكيات للمريض حتى يتمكن من الاستبصار بها ويعرف كيف يتعامل معها.

### خلاصة:

تحليل التحويلات من المفاهيم التي يركز عليها التحليل النفسي، بحيث يظهر في حالة لاسترجاع أنماط نفسية سابقة للعلاقة أثناء العلاج، خاصة التي لها علاقة بالأفراد المحيطين

به مثل : "الوالدين والمعلمين"، فالية إسقاط التصورات السلبية المشوهة عن غير قصد على الآخرين عبر الدفاعات الفجة مثل الانقسام والإسقاط، يحدث هذا في جميع العلاقات، هذا ما يسمى بالتحويل في العملية العلاجية، ويعتبر تحليل التحويل سمة مميزة للتحليل النفسي، وهو العملية العلاجية بأكملها في التحليل النفسي. ولهذا يعتبر التحويل شيء ضروري ومهم في العملية العلاجية ولضمان نجاحها، ووجب على المحلل أن يقوم بتحليل ما يسقطه المريض على المعالج من علاقات سابقة، وبالتالي التعرف عليها، وتفسيرها وتفكيك ما ينشط منها وحتى الصادمة منها لكي يستبصر بها، وهكذا يمكن للمحلل تكوين فكرة واضحة عن النمط السلوكي للمريض ويقوم بدراسة سلوك المريض المتكرر خلال عملية التحويل. وهي مهمة في العملية العلاجية من حيث التحليل والتفسير والعلاج.

## المحاضرة 7: تحليل المقاومة.

### تمهيد:

المقاومة هي إحدى مظاهر الوظيفة الدفاعية الموهمة للأنا، وهي التي يسعى المعالج النفسي لتحليلها فتحليل المقاومة يشكل إحدى أحجار الزاوية في التقنية التحليلية، وهي المهمة الأولى التي تقع على عاتق المحلل النفسي هي معرفة المظاهر المعقدة للمقاومة، ففي الموقف التحليلي سوف يعيد المريض إنتاج مختلف عمليات الدفاع التي كان يستخدمها في ماضيه وتظهر بوضوح أثناء القيام بالتحليل النفسي. فإثناء التداعي الحر أو الترابط الطليق

لاحظ "فرويد" أن المريض قد يبدى مقاومة شديدة لا شعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة في اللاشعور الى حيز الشعور، ومن الناحية الاجرائية فإن المقاومة هي أي شيء يعوق سير عملية التحليل ويحاول اجهاضها، وهي قوة مضادة للعلاج فالمريض يقاوم التداعي الحر حين يلمس نقطة حساسة في حياته، عندها تعتبر القوى الانفعالية التي تبعث المقاومة عكس تلك التي تحدث في ظاهرة التحويل.

## 1. تعريف آلية المقاومة أثناء العلاج:

اكتشاف الية المقاومة تسهل الكثير على المعالج وتساهم في العديد من تفسيرات والتوضيحات للعملية العلاجية، فالمقاومة هي استجابات دفاعية تعرقل حرية التداعي الحر للأفكار عند المريض، وهي ميكانيزمات دفاعية وأدوات لاشعورية من الأنا والتي تستخدمها لمواجهة القلق، وتأخذ المقاومة عدة أشكال منها التوقف عن كلام، البطيء، تأخر عن الحضور الجلسات، تناسي المواعيد، الاعتذار منها، انخفاض الصوت، عدم الاصغاء للمعالج، التلعثم الحديث في موضوع واحد، لأنه لا يريد الافصاح عن المكبوت، فظهور علامات القلق: "مثل اللعب بالملابس" تشير الى المقاومة. (سري، إجلال مُجَّد، 2000، ص86)

لهذا يجب أن يقوم المعالج بقيادة المريض الى: "فهم المقاومة، أنه يقاوم، ولماذا يقاوم، وكيف يقاوم"، لقد أوضح فرويد أن عمل المحلل هو تحليل المقاومة وتأويلها، وبواسطة التأويل نجعل المريض يشعر بتاريخ حدث معين أو بمنبعه أو بمعناه. ■

(فيصل، عباس، 1999، ص ص 49-50)

فتتعلق قابلية المريض للاعتراف بالمقاومة في حال لديه وعي بقوة المقاومة ذاتها. هل تعني المواجهة شيئا لدى المريض؟، عندما يعبر عن حرج قوي عند الحديث عن تجربته الزوجية مثلا ممارسة الحب، ثم يسعى في نقل الموضوع نحو أمر آخر، هنا يتدخل المحلل مشيرا إلى هذا الجرح قائلا: "يخيل إلي أنك تنزعج من الحديث في القضايا الجنسية". وإذ يطلب المحلل من المريض أن يعترف بالجرح الذي يعاني منه عند حديثه عن الأمور الجنسية، ويكون قد نقل الموقف المأزم إلى وضع آخر ذي معنى: لا تتحدث عن الجنس، ولكن حدثني عن الصعوبة التي تجدها في الحديث عن الجنس، إذن يجب تحليل مقاومة المريض للحديث عن الأمور الجنسية، قبل الحديث عن المشكلات الجنسية الصريحة. (فيصل، عباس، 1999، ص 148)

## 2. مظاهر آلية المقاومة:

أهمها الامتناع عن الافضاء بأي أفكار للمحلل أو الافضاء بأفكار ظاهرية والكلام بصوت غير مسموع أو الصمت الطويل والبطء أو التوقف أثناء التداعي الحر، والاسترسال في موضوع واحد دون غيره والاكتفاء بالكلام عن الحقائق فقط والاحتفاظ بما عدا ذلك، وتوجيه أسئلة غير مناسبة للموضوع لتحويل مسار التداعي والانصراف عن المحلل وعدم الإصغاء اليه، وإعداد ما يراد قوله في شكل مذكرات حرصا على عدم ظهور أي شيء غير مرغوب التحدث عنه، اللجلجة وفتان اللسان وتصحيح ما يقوله وشعور بملل والضيق وظهور علامات القلق مثل: "اللعب في الملابس وأجزاء الجسم والميل الى النوم، النسيان، الإنكار، التبرير، الغموض، عدم الرغبة أو عدم القدرة على التعاون مع المحلل لتحقيق هدف العلاج، يتحدث المريض وهو مترددا أو يتحدث بأسلوب تافه وسطحي أو ملتوي، يمكن أن يفضح شعوره بالذنب، فاذا احمر وجهه أو أخفى وجهه

بيده أو إذا أشاح برأسه، أو إذا عقد ساقيه بصورة مفاجئة أو غطى أعضائه التناسلية، أن مجرد إخفاء الإنسان ذاته دلالة على وجود مقاومة سببها الخجل، كما أن الارتعاش والتعرق واللسان الجاف والتوتر العقلي والارتجاف والاضطراب أو التقلب هي كلها أيضا دلائل على وجود الخوف، وإذا كان المريض يتحدث ببطء ونبرة حزينة، وتنهدات وفترات صمت، وابتلاع الريق، فإن هذه العلامات يمكن أن تشير الى المعركة التي يثيرها ضد الدموع والانهيار. (فيصل، عباس، 1999، ص ص 148-149)

### 3. طرق علاج ظهور آلية المقاومة أثناء الجلسة:

إن المريض الذي يقاوم يسعى جاهدا في ابعاد انفعال مؤلم كالمهم، الشعور بالذنب أو الخجل، ورغم وجود المقاومة، قد يحدث أن يكون المؤثر المؤلم واضحا حين يتخذ المريض موقفا متميزا من هذا المؤلم، لهذا يجب أن تعرف ماذا يقاوم المريض أي مؤثر مؤلم يحاول تجنبه؟، بعدها ونستطيع أن نجمل أهم أساليب تحليل المقاومة على النحو التالي :

أ. الاعتراف بالمقاومة.

ب. تبيان المقاومة "تشجيع تبيانها بانتظار أن تتجلى عدة مرات".

ج. توضيح دوافع المقاومة "أي مؤثر مؤلم تثيره المقاومة، ماهي الصيغ والأساليب التي يستخدمها المريض للتعبير عن مقاومته" وتوضيحها له.

د. تأويل المقاومة "رسم تاريخ الأهداف اللاواعية لهذا النشاط في حاضر المريض وماضيه".

هـ. الاستكشاف التدريجي أنه لمن الهام أن يمنح المريض فرصة يعيش فيها مقاوماته، ويعي قوتها واندفاعها، فعندما يستدل المريض ليس على مقاومته وحدها بل على الدافع لهذه المقاومة وعلى الغرض منها، فهذا يعني أن جزءاً من أنا المريض "العاقل" قد أصبح الآن يملك القدرة أن يدرس أنه المعاش "الانا الخاص بالتجربة". (فيصل، عباس، 1999، ص ص 49-50)

إن تمييز الاستجابات غير اللفظية والجسمية والتي تتجلى بواضح في تصرفات المريض: إذ أنها يمكن أن تحمل بعض الحالات على الموضوع المؤلم الذي يعيشه المريض، وهنا يتدخل المحلل قائلاً: "يخيل إلي أنك مضطرب، خائف، حزين، أو أنك مضطرب، خائف أو أنك تخشى من أن تبكي"، وإذا لم يتوصل المحلل إلى تمييز المؤثر المؤلم فإنه يسأل حينئذ: "أي المشاعر تحاول إبعادها أو بماذا تحس الآن في داخلك وأنت مستلقي وصامت على هذه الأريكة؟". يجب أن يستخدم المحلل لغة سهلة وواضحة وصریحة ومباشرة، وأن يختار الكلمة التي تبدو له أنها تفك ما يجري في داخل المريض، الكلمة التي تعكس وضعه الحاضر، يمكن استخدام كلمات مثل: "خجول أو منزعج، وإذا بدا أن المريض واقع تحت سيطرة مشاعر الخجل من الماضي، وإذا كان الشخص في غاية الغضب، فإن المحلل يستخدم كلمات مثل: "يخيل إلي أنك سريع التهيج ومتذمر"، عندما يتعلق الأمر بوصف مختلف أنماط العداء، فثمة فروق هائلة بين التدايعات التي توقظها كلمة متذمر والتدايعات التي تثيرها كلمة عدائي.

(فيصل، عباس، 1999، ص ص 148-149)

## خلاصة:

بالرغم من بعض الانتقادات الموجهة للنظرية التحليلية، إلا أنها من أكثر النظريات والعلاجات الشخصية التي اتسمت بالعمق والأصالة وتعتبر مقارنة المقاومة فريدة في العلاج النفسي بالإضافة الى أنها تسهل الإجراءات العلاجية لفهم وإعادة تشكيل البناء الإنساني لشخصية المريض.

## المحاضرة 8: تحليل الأحلام.

### تمهيد:

يرى "سجموند فرويد" أن الاحلام وسيلة مساعدة في عملية التداعي الحر، بحيث يتمكن المعالج من استعمال المواد التي وردت في الحلم كوسيلة لاستدعاء نقاط معينة، مما يوضح مختلف نواحي النشاط النفسي. فالأحلام رداء اللاوعي المتحرر غلالة شفافة ومثيرة ترتديها النفس البشرية ولا تزورك إلا ليلاً، الحلم سفر في المطلق، المكان والزمان، حلم البشر خاصة فريدة بإبن الإنسان فهي نعمة الحاضر المرير وتصميم الإنجاز الرائع، وسيف الخيال الذي يسلطه الإبداع على الواقع والخذلان. كيف لا ومادة الأحلام مزيج من الترقب، الغموض والخوف من المستقبل.

استخدم "فرويد" تحليل الاحلام كوسيلة للوصول الى أعماق اللاشعور، والكشف عن أسراره فيعتبر أن: "الاحلام بمثابة الطريق السلطاني الى اللاشعور الذي يحتوي على العقد، الدوافع والرغبات المكبوتة، والتي يرى أن أغلبها جنسية وهى وان كانت مكبوتة، إلا أنها لم تفقد القدرة على الظهور رغبة في الاشباع"، وبعبارة أخرى فإن الحلم يعتبر نافذة مطلة

على أعماق النفس، وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم، أما عن المضمون الصريح أو المحتوى الظاهري للحلم فهو ما يرويهِ الشخص، ويرتبط عادةً بذكرات يوم الحلم وبالخبرات السابقة، وعادةً يكون ساراً، أما عن المضمون الكامن أو المحتوى الباطني للحلم فهو ما يحاول المحلل أن يصل إليه، وعادةً ما يكون مؤلماً وقد يكون مشوشاً غير مفهوم، أولاً معنى له أو مناقضاً للواقع أو متضاداً له، بحيث في اللاشعور فصل بين الاضداد ولذلك فأي عنصر في الحلم الظاهر قد يعني أيضاً ضده. فالأحلام كما وجدنا هي أحداث مكبوتة وموجودة في اللاشعور تستغل ضعف المقاومة الأنا ليلاً، لتنتقل من اللاشعور إلى الشعور.

### 1. تعريف آلية الحلم:

الأحلام جزء مهم من التطور الشخصية، ولعل الإنسان قد لاحظ منذ القدم، أن أحلامه ساهمت كثيراً في إنجازاته وفي اكتشاف قدراته، خصوصاً تلك التي كانت يهمل تنميتها، فكانت أحلامه تطورها وتكتشفها، وتبرزها في شخصيته. وهي تخبرنا بما نحتاج إليه، كما تلفت نظرنا إلى ما نرغب بالحصول عليه كي تكتمل ذاتنا وتحقق كل طموحاتها، كما تلفت نظر الحالم إلى الأخطار المحدقة به، وإلى ما يتناساه في حياته اليومية الواعية. (رمزي، النجار، 1987، ص 7-9)

الأحلام إحدى الظواهر النفسية المهمة، التي تحدث أثناء النوم، والحلم عبارة عن صورة عقلية ذهنية متسلسلة الأحداث، يدركها النائم. ويرى المحللون النفسيون أن الحلم يحقق إشباعاً رمزياً للرغبات، وهو طريق إلى تفريغ الضغوطات التي تواجه الفرد أثناء يومه، ويؤدي دوراً في التوازن النفسي، فالحلم محتوى ظاهر من الأفكار والخيالات والأحداث التي يرغب الفرد غالباً في تحقيقها، لكن الواقع الذي يعيشه يحيل دون

تحقيقها. فيفصح الحلم عن مضمونات لا يمكن أن يكون مصدرها الحياة الناضجة، ولا عهد طفولة الحالم المنسي، ويتعين علينا نعتبر هذه المضمونات جزءا من التراث القديم الذي آل إلى الطفل من خبرة الأسلاف، والذي يجلبه معه إلى العالم قبل أية خبرة معينة ونجد ما يوازي هذه المواد الخاصة بالنشوء النوعي في فأقدم أساطير الإنسان، وفي العادات المتبقية، فالحلم يمدنا إذن بمصدر لا يستهان به لما قبل التاريخ الإنساني.

(سيجموند فرويد، 2000، ص ص54-55)

ورفض فرويد أن تكون الأحلام أية دلالة مستقبلية أو تنبؤية، بل أعتقد أن الحلم لا يصور إلا الماضي ولا يعبر إلا عن مكنوناته المطوية والمنسية بصور واضحة أو مشوهة وقد أنهى فرويد كتابه قائلا: " إن الحلم أولا وأخيرا محاولة تحقيق رغبة لم تتم.. محاولة قد تكون واضحة ناجحة أو ملتوية متعثرة مشوهة، ولكنها محاولة على كل حال... ".

(مصطفى، عشوي، 2010، ص157)

## 2. آلية تحليل الأحلام في التحليل النفسي:

يرى "فرويد": " أنه أثناء النوم يكون الأنا في حالة الاسترخاء الأمر الذي يسمح بقول ما هو مكبوت الى وعي النائم، ولكن بما أن هذه المكبوتات تعد مصدرا للتهديد، فإن الشعور لا يظهرها بشكلها الحقيقي بل تأخذ رموز شكلية، وعند إجراء تحليل للأحلام يطلب المحلل أن يروي له آخر حلم دون تخرج ثم يحلل المحلل صراعات ما يظهر على المريض من أفعال أثناء الرواية. يستعين المحلل بالتداعي الحر والأسئلة استجلاء لغوامض الحلم من أفكار المريض، لأن أفكاره تسد الصراع الموجود وإذا انتقل المريض من حلم إلى آخر، يتركه المعالج يسترسل ويلاحظ العناصر المشتركة بين الأحلام والواقع المعاش. ويستعمل المحلل نقاط وردت في حلم كاستدعاء أفكار آخري يصعب استدعاء

وتذكر عمل ما يحتويه اللاشعور من خبرات الا بواسطة الأحلام في بعض الأمراض النفسية. وفي ما يلي أهم المبادئ في علم تحليل الأحلام:

**1. كيف نلاحظ الحلم:** ثمة من يجد صعوبة في تذكر أحلامه، هؤلاء ننصحهم بأن يسترخوا لبعض اللحظات، ويقوموا بمجهود التذكر، فثمة أحداث معينة قد تذكرنا بالحلم، كما قد تربط له العلاقات في حلمه مع الواقع، مما ينير غوامض الحلم بطريقة أفضل، ولا يجوز اعتبار تحليل الحلم كبديل للحلم نفسه، فما هو إلا إضافة التقريرية إلى الرموز والصور إلى التجريد في محاولة لشرحه، من الخطر تفرض تحليلات اعتباطية على الحلم، مما يجعله أكثر غموضا وصعب التحليل.

**2. الأفكار والذكريات التي تبرز فوراً عند تذكر الحلم:** أفضل من ينجح في تحليل الحلم، هو صاحب الحلم نفسه، ولعل أفضل المحللين مطلقاً لن ينجح إلا في تبسيط شرح معنى الحلم لا أكثر وذلك عن طريق سيره في اللاوعي، علماً أنه من الضروري جداً أن تؤمن بالصور كمادة أساسية للأحلام، فالحلم يعتمد لغة تصويرية للتعبير، وينجح الناس إجمالاً في تحليل أحلامهم وشرحها بسهولة بالغة بما يتوافق مع واقعهم.

**3. سلسلة متابعة من الأحلام:** عن كل حلم يلقي الأضواء على حلم ثان، قد تنجم نتاج مرضية جداً عن المحاولة لشرح الأحلام جماعة مع حلقة من الأصدقاء أو محاولة شرح الحلم بالمقارنة مع مجموعة أحلام أخرى متشابهة، هذا لا يعني أن الأحلام متشابهة، وما على الحالم إلا أن يتشبه بحلم شخص آخر مشابه، ولكن النوازع البشرية مشتركة، ومن الممكن تبسيط الحلم الصعب أحياناً عن طريق وضعه في خانة الأحلام المتشابهة في محاولة

لرصد أيسر للمفتاح فيه، وأحيانا الحلم صعب التفسير وعبر حياة بشرية كاملة قد يستغرقها تفسيره، قبل أن يطفو على سطح الإبانة والوضوح. (رمزي، النجار، 2002، ص12)

**4. الأحلام ليست مجرد أحلام:** يعني أن الحالم قادر أن يرجعها إلى أرض الواقع عن طريق الفن مثلا الأسطورة، الخرافة، الرسم.. إلخ، قد ينجح أكثر في فهم الرموز والصور التي تكتنف الشعر والرسم والطقوس الدينية الأسطورة الخرافة أو كل ما ينبع مباشرة أو غير مباشرة من العقل أو من اللاوعي. من الممكن للفنان أن يتصل بقدراته اللاواعية وهو في حالة الصحو مما يؤهله أن يخلق فنيا بطريقة غنية وعابقة بالإيجاء، مثل هذا الفن قد يحل تماما كما تشرح الأحلام لذلك قبل مثل هذه الأحلام ليست مجرد أحلام.

(رمزي، النجار، 2002، ص12)

ولقد ذهب " فرويد" إلى حد بعيد للاحتفاظ بنظريته التي تقول بأن الأحلام تمثل "تحقيق رغبة"، وفي ذلك يقول: "إن تحقيق الرغبة هو غرضها "أي الأحلام" الوحيد وحتى الأحلام ذات المضمون المؤلم يجب أن تحلل على أنها تحقيق لرغبة"، ومع ذلك فإن إحدى الصعوبات التي واجهها هي أن يوضح بدرجة معقولة الخوف والقلق في صورة تحقيق الرغبة. (مُجَّد، منير مرسى، 2004، ص97)

فعادة ما يكون الحلم مؤلما، وقد يكون مشوها غير مفهوم أو لا معنى له، مناقضا للواقع، أو متضادا، ويطلق على العملية التي تحول المحتوى الباطني المؤلم إلى محتوى ظاهر سار عملية "إخراج الحلم"، وهكذا فإن الحلم الذي نصفه "بعد اليقظة" ليس هو الحلم الحقيقي، ويمكن صياغة ذلك في الصورة الآتية: إخراج الحلم = المحتوى الحقيقي + المحتوى الظاهر - المحتوى الباطني. ويلجأ الحالم إلى إخراج الحلم عبر وسائل إخراج الحلم كالتالي:

1. **التكيف:** أي تكوين وحدات جديدة من عناصر هي بالضرورة منفصلة بعضها عن بعض، وحذف بعض العناصر وإدماج بعض العناصر المتشابهة مع بعضها في بعض الصفات.

2. **النقل:** أي نقل سمات انفعالية من شخص إلى آخر، أو نقل التأكيد من عنصر من عناصر الحلم إلى عنصر آخر.

3. **الإخراج المسرحي:** أي تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصريا، كما لو كانت فيلما سينمائيا، وأنها تتعلق بشخص آخر، وبهذا تصبح أقل إثارة للناحية الانفعالية في الشخص.

4. **التعبير الرمزي:** أي ظهور الموضوعات والمواقف في صورة رمزية لا تسبب الألم أو الانفعال الشديد، ويكون معنى هذه الرموز في معظم الأوقات غير معروف للحالم.

5. **الصياغة الثانوية:** التي يقوم بها الحالم بإعادة تنظيم أجزاء الحلم وتحريفه وإضافة تفصيلات أو تحسينات ثانوية لسد ما به من ثغرات، وإضافة " الشيء لزوم الشيء"، فإذا كان فرحا كانت هناك الموسيقى والأنوار والمدعويين، وبدا يصبح الحلم أقرب إلى المنطق. (حامد زهران عبد السلام، 2005، ص ص 227-228)

### 3. طريقة العلاج بتفسير الحلم:

يلزم عن الأحلام أمران كبيران في الممارسة السريرية، هما استكشاف مسببات المرض، وما ينشأ عن ذلك من اتجاه للعلاج نتيجة له. من وجهة نظر المسببات: "تتركز الأحلام على ما في النهار أو مدى العمر من قضايا عقلية وعاطفية لم تعالج، وعليه يستطيع الحلم أن يجلب بسرعة أهم القضايا التي يتعامل معها المرء على المستوى اللاشعوري إلى الشعور. من جهة أخرى عمل الحلم من غير علاج ليس فعالاً بالضرورة في الحد من

الاضطرابات العاطفية والعقلية التي قد تخرج إلى السطح. تعالج الأحلام المواقف الراهنة التي تطلق هذه الاضطرابات العقلية، ثم تحاول أن تقلب جهة ما يقوم في أساسها من مخاوف وسوء إدراك بواسطة عملية تدعى "بالتعويض".

لاحظ يونغ أن الأحلام يقودها ميل عاطفي إلى الإتيان بحلٍ لمشاكل النهار العاطفية والعقلية غير المنتهية وإغلاقٍ لها. عندما ننام ونحلم يُحل رباط الذاكرة العرضية، لذلك لا يمكننا تذكُّر الحوادث بعينه، لكن المحتوى العاطفي لذلك الحادث، إذا كان قد بقي من غير حل، يخرج إلى السطح للمعالجة وتوقظ تلك العواطف ردود أفعال باكرة على التهديدات، وكذلك ما يقوم في أساسها من مخاوف وسوء إدراك أصبحت جزءاً من نموذجنا الداخلي للواقع في انساقنا الاعتقادية. تصبح الأحداث الخارجية التي تشذ عن ذلك النموذج تهديدات للنموذج. إن الحلم لا يلقي الضوء على القضية أو التهديد الراهن فقط، بل يعمل على تكييفه بإيجاد "موافقة" بين الخبرة الراهنة وبين نموذجنا الداخلي، عندما يفسد النموذج الداخلي بقديم المخاوف وسوء الإدراك، تلقي الأحلام الضوء على تلك العوائق و"تعويضها" بإطلاق التعديلات من أجل تحقيق "الموافقة". بسبب انسجام الأحلام مع التعابير الطبيعية والضرورية لقوة الحياة، فإنها تؤمّن وصولاً إلى داخل النواحي اللاشعورية من الحياة. إنها تنقل رسائل محددة ومؤقتة توقيتاً ملائماً بإمكانها مساعدة الحالم في حل المشاكل والإلهام الفني والتطور النفسي والتعمق الروحي، وهي ذات أهمية في الشفاء.

## خلاصة:

الأحلام تعبر عن أحداث مرت معنا في الماضي، على عكس ما كان يقال بأنها تدل على المستقبل أو أنها تحمل رسالة القدر. فتعبر عن نفسها وتفرغ شحناتها، وهي عبارة عن حياة خالية من الترابط المنطقي لهذا السبب تبدو غريبة وتبدو ناقصة أحيانا، لأن العقل يقوم بمحاولة الربط المنطقي لها، ليملاً الثغرات فينسى عندها جزء من الحلم، والحلم محاولة من الأحداث في اللاشعور، ولكي نفهم أحلامنا علينا البحث عن تفسيرات أكثر منطقية. وهكذا نرى أن تحليل الأحلام يعتبر وسيلة مساعدة في وسيلة التداعي الحر حيث يتمكن المعالج من استعمال المواد التي وردت في الحلم كوسيلة لاستدعاء المكبوتات من أبرزها الجنسية، وعلى أية حال فإن بعض المحللين يرون أنه من المستحسن تأجيل عملية تحليل الأحلام إلى أن يحصل المعالج على قدر كاف من المعلومات عن مشكلات المريض وصراعاته التي أظهرت هذه الأحلام.

## المحاضرة 9: تقنية العلاج بالسيكودراما التحليلية.

### تمهيد:

تختلف أساليب الإرشاد الجماعي باختلاف المشكلات والأدوار الملقاة على عاتق كل من الفاحص والمفحوص، ويعتبر التمثيل النفسي المسرحي، الدراما النفسية أوالسيكودراما من أشهر أساليب وأهم تقنيات العلاج التي تعتمد التصوير التمثيلي المسرحي لمشكلات نفسية، سلوكية، اجتماعية أو حتى لمواقف حياتية، ويقوم هذا النوع من العلاج بالتفريغ ربط العلاقة بين أفراد مجموعة متجانسة من المرضى ذات نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية تحت رعاية معالج أو أكثر، وتتكون المجموعة من المرضى، المضطربين، شواذ أو جانحين،

وقد يكونوا أطفال، مراهقين، راشدين، مسنين، وإناث أو ذكور، أفراد أو عائلات، وتكون هذه الجماعة إما صغيرة، متوسطة أو كبيرة. وقد تكون متجانسة أو غير متجانسة لحدة مشاكلهم وكثافتها، وتختلف طبيعة العلاج وفق طبيعة الاضطرابات ومهارة المعالج ونضج الجماعة ودافعيتها وذلك من خلال عمليات التفاعل البسيطة، المتوسطة أو العميقة ومستويات تدعيم الأفراد بعضهم ببعض، وذلك لتحقيق أهداف الجلسات العلاجية، بغية التخلص من شكاوي الجماعة وتعديل اتجاهاتها وسلوكياتها وزيادة استبصارها ونموها واتجاهها نحو التغيير الإيجابي، بعد حل الصراعات وإحداث التوافق وهذا النوع من التفريغ الانفعالي يوفر الوقت ويساعد على التفاعل الاجتماعي والاندماج وعلاج الباثولوجيا النفس اجتماعية.

## 1. تعريف تقنية السيكودراما:

1.1. لغة: هي مصطلح مركب من كلمتين "Psychee" وتعني الروح أو النفس و"Drama" وتعني المسرحية. (جميلة، سليمان، 2017، ص 278)

السيكودراما تنقسم إلى لفظتين السيكو النفس والدراما تعني ما يحدث، ويمكن قراءتها كما تكتب دراما الروح أو الدراما النفسية، وبشكل أبسط هي ما يحدث للفرد وله علاقة بالعالم الذي حوله: "الأشخاص، اليوميات، الحيوانات، الأشياء"، وقد تكون استكشافا لمشكلة معينة كالذهاب للعمل، رحلة، أو حفلة. (Kirk, 2016, p237)

2.1 اصطلاحاً: هي مزيج من الطرق والنظريات التي استخدمت في البداية كشكل من أشكال العلاج النفسي، تم طورت في أواخر الثلاثينات، فركزت على استخدام المسرح كوسيلة تربوية، من خلال هذه الاستراتيجية يقوم الأفراد بتمثيل المشكلات أو المواقف

وكأنها تحدث الآن، وتدور المسرحية النفسية حول خبرات المسترشد الماضية، الحاضرة وحتى الخبرات المستقبلية التي يخافها ويحتمل أن يوجهها في المستقبل القريب، ويدور موضوع القصة حول مواقف تهدف إلى التنفيس الانفعالي، كحل الصراع النفسي وتحقيق التوافق النفسي، ومواقف متخيلة غير واقعية وأخرى تهدف إلى تشجيع وفهم الذات بشكل أفضل، وقد تشمل القصة موضوعات متنوعة مثل: "الاتجاهات السالبة، الأفكار، المعتقدات والأحلام". ويعرفها "ويليام الخولي" (1976): "بأنها صورة من صور العلاج النفسي الجمعي الذي يقوم فيها المريض بتمثيل دور من أدوار حياته ارتجالا مع من يختاره من بين المرضى والممرضين، مما يجعله يقف من هذه المسرحية موقفا أكثر موضوعية، ويسقط على أشخاص الرواية وحوادثها كثيرا، مما يعاينه فيزيد استبصاره بالمشكلة، ويزيد فهم المعالج للحالة وقد يكون فيها أيضا قدر من التنفيس". (جميلة، سليمان، 2017، ص 278)

يعرفها "علي، كمال" (1988): "العلم الذي يكشف الحقيقة بالطرق الدرامية ويستعمل في ذلك خمس أدوات هي: المسرح، المريض، المخرج، الهيئة المساعدة، الحضور". يعرفها "وولمان Woolman" (1973): "هي أسلوب من الأساليب الإسقاطية، وشكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، فيه يطلب من الشخص أن يمثل مواقف ذات مغزى في حياته في حضور أشخاص آخرين يمثلون الأنوات المساعدة "l'égos auxiliaires" وفي حضور المعالج، وكل عضو من أعضاء هذه الجماعة له وظيفة محددة المعالم ومصممة لكي تساعد العميل على فهم لنفسه، وتمثيل دوره بصورة تلقائية مما ييسر له فهم ذاته". (جميلة، سليمان، 2017، ص ص 406 - 408)

السيكودراما هي العلاج الذي يجمع بين الدراما كنوع من أنواع الفنون وعلم النفس، وتكمن فعاليتها في مساعدة الشخص على تفريغ مشاعره وانفعالاته من خلال أداء أدوار تمثيلية لحالته.

## 2. أهمية العلاج بتقنية السيكودراما:

يرى "مورينو": " أن أهم ما في هذا الأسلوب هو حرية سلوك الممثلين "المسترشدين" وتلقائيتهم، مما يتيح فرصة للتداعي الحر والتنفيس الانفعالي حين يعبرون بحرية تامة في موقف تمثيلي عن اتجاهاتهم، دوافعهم، صراعاتهم وإحباطاتهم.. إلخ، مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق. (جميلة، سليمان، 2017، ص 278)

تكمن أهمية السيكودراما في أنها طريقة تقود إلى إنتاج تفاعل جماعي يفيد الأفراد على استكشاف المشكلات الشخصية وتجريب أنواع جديدة من السلوك في التعامل مع الأشخاص المهمين في حياتهم، وتنمي لدى الفرد الوعي بسلوكياته الغير ملائمة وإدراك الواقع بشكل حقيقي ومواجهة مشكلاته، والتي تعرف المفحوص على مشاعر لم يعبر عنها سابقا من خلال تمثيله أحداث بالغة التعقيد توصله لذلك، وتعتبر السيكودراما أفضل طرق الارشاد أو العلاج الجماعي، ويمكن استعمالها في الإرشاد الفردي، الجماعي والارشاد الأسري بفاعلية. (هيلات، مصطفى قسيم وآخرون، 2008، ص 166-167)

## 3. أهداف العلاج بتقنية السيكودراما:

تهدف تقنية السيكودراما الى الاستبصار وتحرير الانفعالات والعاطفة المكبوتة، والتدرب على المرونة، الأدائية، التلقائية والتفصيلية. وترجمة حية للأحاسيس والمشاعر

والتعبير عن أحزان الماضي، استرجاع الذاكرة المكبوتة ومعايشة. التعبير عن الاتجاهات الظاهرة والكامنة السيئة والإيجابية، تحدي لقدرات لمرضى، وإطلاق حرية التعبير عن الصراعات والإحباطات المعلنة والمستترة. إعادة تأطير لمشكلة نفسية، اجتماعية فردية أو جماعية، وتحقيق الاستبصار الذاتي والجماعي. وزيادة الوعي بأنماط الاستجابات الشاذة والسلوكيات المستهجنة، المعاشة الحقيقية للتجارب والخبرات، زيادة إدراك الواقع وتقبله، الاستفادة من تفاعل الخبرات وتعلم الجديد، الاتجاه نحو التغير الايجابي وتحقيق التوافق العام والتفاعل الاجتماعي السليم. وتهدف أيضا الى:

1. تهدف السيكودراما إلى تحقيق التوافق النفسي من خلال العملية العلاجية، بحيث يمكن المفحوص من التفاعل الاجتماعي بشكل سليم، وتنمية وعي المفحوص بمظاهر سلوكياته غير ملائمة وإدراك الواقع، وكذا اتخاذ القرارات المناسبة في مواجهة مشكلاته على نحو أفضل، فبهذه الطريقة يتم تدريب المفحوص على التعبير الملائم عن مشاعره.

2. التدرب على مهارات اجتماعية وعلى إحداث استجابات بديلة ملائمة، والتي تتيح فرصة لإشباع حاجات المفحوصين المختلفة والتعرف على مواطن القوة والضعف في شخصيتهم والقدرة على فهم الذات وفهم الآخرين، فالمفحوص يتقمص أدوار لشخصيات مهمة في حياته، وهذا يؤدي به إلى التنفيس الانفعالي والتحرر من التوتر. (ناصر، سيد جمعة، 2005، ص23)

واذن في السيكودراما يتم استخدام أساليب وتقنيات لاكتشاف عالم الشخص الفردي ضمن الجماعة بطريق متعددة يعبر بها عن مشاعره المكبوتة، وأن يجد من خلال الممارسة أساليب جديدة للتعبير عن المواقف الصراعية ويجد لها حلول فعالة.

#### 4. خطوات تطبيق تقنية العلاج بالسيكودراما:

**الخطوة الأولى:** التي يجب اتخاذ العلاج بفنية السيكودراما كأسلوب لتحقيق توافق وتعاون الأفراد الذين هم معنيون بهذه الجلسة العلاجية، وهذا يجب أن يتم بإرادتهم ليبدو الأمر عفويا، بحيث يخلق الذكاء النقدي والحماس هؤلاء الأشخاص الذين يفكرون في حل المشكلة، ويكون لهم الرغبة في اجاد حلول. (عبد القادر، حمدي، وآخرون، 1998، ص 124)

**الخطوة الثانية:** اختيار الجيد لأفراد الجماعة "The Group": هي العنصر الأساسي، حيث يرى "مورينو" أنه ينبغي النظر إليها باعتبار أن سلوكياتها كجماعة علاجية تعد انعكاسا للنماذج الأصلية التي يقومون بأداء أدوارها في الحياة الواقعية، من خلال تحديد بطل الرواية "Le Protagoniste": وهو الممثل الرئيسي في الأداء المسرحي أثناء العلاج بالسيكودراما، وهو صاحب المشكلة المراد علاجها، حيث يجعلها محسوسة وملموسة من خلال التعبير عنها بشكل درامي. (جمعة، 1994، ص 410)

**الخطوة الثالثة:** دور الموجه "The Director": وهو الذي يسير أو يدير الجلسة العلاجية ويحتاج لذلك أن يعرف بعض المعلومات عن الجماعة العلاجية التي سوف يتعامل معها مثل: "عدد المقابلات، المدة التي تستغرق في المقابلة، نوعية الأشخاص المكونين لهذه الجماعة ..إلخ. (جميلة، سليمان، 2017، ص 416)

**الخطوة الرابعة:** الأنواع المساعدة تعد رابع العناصر التي تتدخل في العملية العلاجية بالسيكودراما وهم أعضاء المجموعة الذين يتخذون أدوار الآخرين، وهذا قد يشمل أشخاص مهمين في حياة بطل الرواية أو أشياء أو حتى جوانب الذات أو العالم الخارجي

نذكر مثال: "الأقارب، الوالدين، الضمير، الأصدقاء والذين تربطهم علاقة حميمة مع بطل الرواية". إذا كان الفرد يتحدث عن أسرته فيختار شخصا ليأخذ دور الأب والأم مثلا والاختيار بشكل حدسي من الجمهور أو يوجه المساعدين لاستخدام اللمس والاتصال الجسدي، فهذا قد يثير مشاعر معقدة تعطي المريض إحساسا بالألفة، المسرح "The Place": وهي المساحة التي تقام فيها الجلسة العلاجية وتسمى بخشبة المسرح، لكنها قد لا تكون بالضرورة خشبة مسرح بشكل حرفي، فقد تكون مساحات عامة أو فضاءات مفتوحة. (عبد القادر، حمدي، وصابر سعدي أبو طالب، 1998، ص 125)

## 5. أنواع فنيات العلاج بتقنية السيكدوراما:

وهي عديدة ومتنوعة ونذكر منها ما يلي:

1. السيكدوراما التحليلية "Analytical Psychodrame": وهي كثيرة متنوعة نجد منها السيكدوراما الفرويدية: "وهي مزيج من تطبيق مبادئ فرويد الكلاسيكية، مع مبادئ السيكدوراما"، منها أيضا السيكدوراما اليونجية: "وهي مثل سابقتها لكن مع تطبيق مبادئ "كارل يونغ" العلاجية التحليلية هذا ويرى "دي سيموتي" في عام (1987): "أن السيكدوراما التحليلية تركز على المرضى أكثر من تركيزها على الأعراض"، ومن أشهر الدراسات التي تناولت أهمية السيكدوراما التحليلية هي دراسة "كيستبرج" "Kfstfnbfrj" 1968، ودراسة "هيلد" (1969). ودراسة "ديفرانسيس" "Dfsfrancs" (1971): والتي أثبتت أن السيكدوراما التحليلية أعطت نتائج إيجابية في علاج العديد من الاضطرابات والأعصاب.

**2. السيكودراما التعليمية:** إن العلاج المسرحي شأنه شأن غيره من العلاجات، يحتوي على قدرة كبيرة من التعليم لذا فتعد السيكودراما استراتيجية تدريسية، أي تنتمي الى علم أصول التربية والتدريس والمنهاج، كما تظهر فعالية السيكودراما التعليمية في برنامج تدريب، طاقم التمريض السيكاتري وتهيئة المرضى للخروج من المؤسسات العلاجية، وأهم ما فيها أنها تقدم ما يسمى بالدرس العلاجي لذلك فهي تفيد في البرامج بالفصول المدرسية وفي تعليم الطلاب المبادئ الأخلاقية.

**3. سيكودراما الأطفال:** يمكن أن تقام سيكودراما في صورة مهرجانات واحتفالات وأعياد سيكودرامية خاصة في التعامل مع الأطفال، كما يمكن أن تحتوي موادها على الموضوعات مثل: "أشباح الأطفال، الكائنات أو الشخصيات الأسطورية".

وهي موضوعات تعد مناسبة جدا للأطفال، كذلك تعد فعالة مع حالات اضطرابات اللغة والكلام، وهي لا تفيد فقط كتدخل علاجي، بل أيضا كوسيلة تشخيص إكلينيكي، وأكدت الدراسات النفسية على أهمية استخدام السيكودراما مع المراهقين مع اعتبار ترتيب هرمية الروابط الاجتماعي وتلاشي حدوث تشوهات في أذهان هؤلاء أوزيادة معدلات القلق لديهم. (مدحت، عبد الحميد أبو زيد، 2000، ص 374)

## **6. استراتيجيات الجلسة العلاجية المسرحية:**

عناصر عملية السيكودراما تتكون من: "المسرح، المفحوص، الممثل، البطل الرئيسي، المخرج "المعالج"، مساعد المخرج، المشاهدون، الأدوار التمثيلية المعاونة، المادة الدرامية ذاتها، وما بعد الأداء". وتمر عبر المراحل التالية:

**1. مرحلة التسخين:** هي من أهم مجالات التشجيع، الثقة والارتياح، وتقوم على مبادئ التعامل مع الجسم، العقل مثل: "التأزر، التركيز، التعبير الجسمي، استخدام المواد

والأدوات، استخدام موضوعات على مستوى التخيلي، استخدام مواد لإسقاط المشاعر، التعامل مع الآخرين، الانخراط في نشاط جسمي فيزيائي أو نشاط تخيلي مع الآخرين والتعامل على مستوى الانفعالي معهم.

2. مرحلة تركيز التوجه: وذلك من خلال تعيين المشكلة وصياغة المشهد، الوجهه الدوري وتوزيع الأدوار.

3. مرحلة النشاط الرئيسي: ما قبل الفعل الأدائي، أداء المشهد بفعالية، مشهد ما قبل النهاية. (حامد عبد السلام، زهران، 1977، ص316)

4. مرحلة الإغلاق: النهاية، ممارسة الاسترخاء، التدعيم.

5. مرحلة الإتمام: التغذية المرتدة، التعميم، توظيف الحدث في تحسين العلاقة بالموضوع.

7. حالة استخدام تقنية العلاج بالسيكودراما :

1. مع حالات القلق والفوبيا الاجتماعية، وصعوبة إنجاز المهام الاجتماعية، حالات الاعتماد على العقاقير ومشكلات الشيخوخة واضطراباتها، حالات السلوك العدواني، ومع حالات المعاناة من آثار وخبرات الصدمة وتغيير المزاج، اضطراب صورة الجسم والذات لدى ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة، فتساعد الدراما النفسية في توفير فرص الابتكار والخلق الإبداع لدى المرضى، تنجح مع حالات الصم، حالات ذوي الاحتياجات الخاصة.

2. تنجح مع مشكلات واضطرابات عند المرضى السيكاتريين، وذوي الإقامة المطولة في المستشفيات والمصحات، ويستخدم في المستشفيات العامة، يساعد العلاج التمثيلي والسيكودراما مع حالات تعلم مهارات التعلم، التأقلم والمواجهة واستخدامها في الإرشاد الزواجي أيضا والعلاج الاسري .. الخ.

## خلاصة:

السيكودراما هي طريقة علاجية لها صدها في مجال العلاجات النفسية، وهذا لتنوع استخداماتها في شتى المجالات ولنجاحها معهم، لكن وجب البحث حولها والتعمق لمعرفة الخطوات العلاجية، السيكودراما أو العلاج بالتمثيل هي عبارة عن تصوير مسرحي لقضية ما أو مشكلة ذات مغزى لفضي حركي وجداني وتنفيسي، انشغالي، تلقائي، واستبصار ذاتي في موقف جماعي، فهي منهج لمساعدة المريض للتطهير النفسي عن طريق تمثيل أدوار مختلفة على خشبة المسرح، وتصمم فيها الأدوار، بحيث تكشف معاني هامة في بعض العلاقات الاجتماعية عند المريض.

## الخاتمة:

إن المعالم الأساسية لماهية العلاج الفرويدي الكلاسيكي والعلاج المستوحى من التحليل النفسي، بداية بمفهوم التحليل النفسي، نشأته، مفهوم العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي والحديث، ومبادئه، أهدافه، استعمالاته، وصولا الى ايجابيات العلاج وسلبياته والنقد الموجه له، فعلاج التحليلي الفرويدي يكتسي أهمية بالغة في ميدان العلاجات النفسية، وعليه يجب أن نحاول ولو على الأقل معرفة أهم تقنياته بهدف التمكن من العلاجات النفسية التي تعتبر آخر خطوة للمختص النفساني، فتمكن من فنية التفريغ الانفعالي مثلا تساهم والى حد كبير في فهم شخصية المريض وتصنيفها ضمن البنيات النفسية الثلاثة " الذهان، العصاب، والبنية الحدية"، والتي تطرقت لها بكثير من التفصيل في كتابي حول: " البنى النفسية وسياقات الدفاع". والتعرف على دور المقاومة في

تعطيل العملية العلاجية مهم جدا للتقدم، في المقابل نجد التحويلات التي تظهر أثناء العلاج تحتاج الى حكمة في التصرف معها من أجل الحفاظ على ثقة المفحوص، وجعله يعتمد على نفسه في نفس الوقت بنجاح، دون أن تجرحه أو تسبب في استجابة صدمية لديه، مما يجعله يأخذ نظرة سلبية على المعالجين النفسانيين أو قد لا يكون عندك الخبرة في التعامل مع التحويلات فتتماشى مع رغبات المفحوص، وهنا يصبح هو من يسيطر عليك، لهذا يجب الاهتمام بميدان التحليل النفسي، مثلما ركز عليه المنهج التكاملي الحديث، بحيث يركز على كل النظريات بما يتوافق مع متطلبات العملية العلاجية. والذي سوف نتطرق اليه في الفصل الثاني: بهدف مساعدة المفحوص وتحقيق الراحة النفسية والاتزان النفسي عنده بإيجاد الأسلوب المناسب للحالة المناسبة في الوقت المناسب.

فالعلمية العلاجية النفسية التي تدمج الجوانب المتعددة للشخصية من الأنظمة: "العاطفية، الإدراكية، السلوكية، والفيزيولوجية عند الفرد"، وتشير فيها نتائج الدراسات النفسية إلى أن أشكال التدخل المختلفة من هذا النوع، يمكن أن تكون مفيدة اعتماداً على الحالة المحددة، وأن الكثير من نجاح العلاج النفسي يجب أن يعزى إلى تفاعل الهادف بين المعالج والمتعالج في النهاية.

## الفصل الثاني : فنيات العلاج التكاملي وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

### مقدمة:

إن كل منهج من مناهج العلاج النفسي التكاملي أو العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج الإنساني وغيرها من العلاجات النفسية الفعالة في ميدان علم النفس، يتم فيها إبلاغ عن الممارسة العملية والبحوث السريرية من خلال تفعيل المشكلة بشكل استقرائي علمي وواضح، والتركيز على القياس بما في ذلك قياس التغيرات في الإدراك والسلوك وفي تحقيق الأهداف، وغالبًا ما يتم الوفاء بهذه المهام "الأهداف العلاجية" من خلال القيام بها "الواجبات المنزلية" والتي يعمل فيها المريض والمعالج معًا لصياغتها وضبط خطواتها بكل دقة، ومن المهم إكمالها قبل نهاية الجلسة التالية حتى يحدث أثر العلاج المتوقع منها، ويشير إكمال هذه المهام التي يمكن أن تكون بسيطة مثل: "كتابة قائمة المسرات، رصد الأفكار التلقائية الخاطئة، الاندماج في علاقات عند الشخص يعاني من الاكتئاب كنوع من الأحداث الاجتماعية، حب الذات والابتعاد عن التفاني في الامتثال للمجتمع بل الاعتناء بالنفس وتحقيق احتياجاتها مع القيام باستراتيجيات تخفف من حدة المعاناة وتقضي عليها، واكتساب أليات دفاع نفسية جديدة في مواجهة الأزمات والمشكلات النفسية.. الخ، كل هذا يحدث لما تكون العلاقة العلاجية مهنية بامتياز ويكون المعالج النفسي فيها يتميز بالمرونة وحسن الاستماع والإصغاء والحكمة في التصرف وتوجيه المفحوص لما يناسبه ويجعله يستعيد صحته النفسية واستقراره العقلي والنفسي والجسدي معًا، ففي العملية العلاجية دور وأهمية كبرى للمعالج والمتعالج على حد سواء.

## المحاضرة 10: تقنية العلاج النفسي متعدد الأوجه كعلاج حديث.

تمهيد :

إن التطور والانتقال من آراء "سيجموند فرويد" إلى الأساليب الحديثة في العلاج، يرجع جزئياً إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية، بحيث وجد المعالجون أنفسهم مرغمون على ابتكار وسائل سريعة وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقي بهم الحرب، ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ ذلك الوقت أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. مما أمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات: "القلق، الاكتئاب، الشعور بالوحدة والبرود الجنسي والعجز الجنسي والمخاوف المرضية وغيرها"، وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يبدو أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي. (عبد الستار، ابراهيم، 1980، ص 60)

ومنها الأسلوب العلاجي النفسي متعدد الأوجه أو ما يسمى بالأسلوب الشامل متعدد الأشكال أو الأبعاد والمختصر أو دمج النماذج العلاجية، وهو من العلاجات الحديثة التي حققت نجاح كبير في الممارسة النفسية بعيداً عن التقييد بتوجه معين، فالدكتور "ارنولد لازاروس" من رواد هذا الاتجاه، فقد تمكن من خلال هذا الأسلوب العلاجي من تحقيق الأهداف المسطرة له، والتي تتمثل في القضاء أو على الأقل الإنقاص من المعاناة النفسية عند الأفراد وتحسين النمو الشخصي عندهم، مع الوصول بهم إلى حالة من الراحة

والاتزان النفسي بأسرع وقت ممكن، سواء كان مشكل أو اضطراب نفسي أو عقلي، ذلك باستعمال مختلف الوسائل العلاجية الفعالة التي تمكن المعالج الانتقائي من تقييم والتقويم المتكامل للإشكالية الموجودة عند المفحوص، سابقا كان التشخيص يختلف من معالج الى آخر، وذلك حسب المدرسة العلاجية التي ينتمي اليها المعالج، بحيث لا يتناسب أحيانا العلاج الموصوف مع الفرد، فقد وضحت عدة دراسات أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع ببعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة، وهناك أيضا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف انتماؤهم النظري، بينما تشابه الناجحين بالأقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة يعتبر أقل من ذلك، وعلى هذا فإن المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الأقل نجاحا في نفس النظرية، وأكثر تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا، وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها "الدفء، الخلو من القلق، الثقة بالنفس، والقدرة على علاقة فعالة مريضه".

(Bronfenbrenner, U.1961, p. 56)

## 1. تعريف العلاج النفسي متعدد الأوجه:

هو أسلوب حديث جدا يتسم بالمنهجية الكاملة الشاملة في التشخيص، من خلال التشخيص والعلاج معا، فقد صمم ليجرد كامل الشخصية ويتحرى عن كل الجوانب غير السوية فيها، من خلال تحليله للنماذج " المفاتيح السبعة في الشخصية، بحيث لكل

جانب من جوانب الشخصية أهمية ودور فعال فيها، وهي كالتالي: " Behavior " السلوك، F العاطفة، S الاحاسيس، I التخيل، C الادراك، I العلاقات البينشخصية، D الادوية، الحالة البدنية والعضوية، وذلك وفق الصيغة التي ستكرر كثيرا -BASIC ID، والتي تمثل مختلف جوانب الشخصية. (ارنولد، لازاروس ، 2002، ص 5)

يرى "لازاروس Lazarus (1981)": " أن العلاج النفسي متعدد الأوجه أو الوسائل يهتم بخبرات الفرد المتعددة، ويظهر التعبير في العلاج عادة كنتيجة لاستخدام الطرق والأساليب التي تعتمد على الأداء، فردود الافعال الخاصة بالحواس أو الإدراكات، والتخيلات العقلية وفي التشغيل المعرفي لمعظم الحالات، يحدث الاستبصار ويتم بعد تطبيق العلاج النفسي متعدد الواجه، ويحصل عليه الفرد بعد أن ينمي إدراكه ووعيه وتفهمه لمحتوى العلاقات التفاعلية للأبعاد السبعة للشخصية.

( مفتاح، مُجد عبد العزيز، 2001، ص 148)

فالعلاج النفسي متعدد الأوجه يتضمن التقييم الشامل من خلال طيف الكامل للشخصية، ويركز على علاج الوظائف التي يرمز لها بصيغة " BASIC-ID "، والذي يسمى بالكيان الأساسي، من خلال هذا الأسلوب فالمعالج لا يلائم المفحوص للعلاج، بل يعطي دليل على كيف يتلاءم العلاج مع احتياجات المفحوص.

(ارنولد، لازاروس، ترجمة: مُجد حمدي الحجار، 2002، ص 10)

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج النفسي متعدد الأوجه " Multimodal " يطرح الأسئلة التالية: " ما هو العلاج الأنسب والأفضل والناجح لهذا الفرد؟، فالتقرب العلاجي بحد ذاته هو فردي وخاص بشخصه، لأن المعالجون بالأساليب المتعددة يركزون

على الفروق الفردية، بالنسبة للقاعدة العامة والمبادئ العلاجية إذ التقويم يمس سبع معايير أو مدخلات رئيسية أو مفاتيح رئيسية في الشخصية.

(ارنولد، لازاروس، ترجمة: مُجَّد حمدي الحجار، 2002، ص ص 5-6)

ويسمي هذا النموذج العلاجي أيضا بالانتقائية النموذجية "Systematique Eclecticism": فالمعالج الانتقائي النموذجي يختار طرق، نظريات، وتقنيات علاجية وفق قاعدة واسعة من المطلب الذاتي، أي بتعبير آخر يستخدم كل شيء يبدو له عقلانيا ذا معنى، أو أي أسلوب يشعره بالراحة ويمكنه من مساعدة المفحوص، إن هذا النوع من الانتقائية النموذجية أو الافتراضية مع معالج مرن وطييق الحركة ويتصف بالانتقائية على المستوى التقني تحقق نتائج فعالة. فالانتقائية التقنية تتضمن استخدام العديد من التقنيات المستمدة من مصادر مختلفة، دون أن يكون هناك التزام بنظريات محددة أو أنظمة علاجية مقيدة، فالانتقائيون الفنيون يسعون الى الاجابة على السؤال البراغماتي الأساسي وهو: "ما هي الطريقة العلاجية المناسبة؟، ومع من تكون صالحة وتحت أي ظروف؟. مع التعرف على لماذا كانت مناسبة أو ملائمة، فهذا النوع من الممارسة السريرية، تضمن الامتناع عن التدخلات غير الفعالة وغير المفيدة، أو قد تكون لا إنسانية وغير مهنية، مثل ما حدث في حالة استغلال المعالج للعميل بمختلق الطرق، وهذا الملاحظ أثناء الممارسة النفسية. (ارنولد، لازاروس، ترجمة: مُجَّد حمدي الحجار، 2002، ص ص 6-7)

## 2. المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج النفسي متعدد الأوجه:

بدأ بمتابعة المعالج للممارسة العلاجية والتدريب في مختلف المدارس، يجمع المعالج بين النظريات المختلفة كأساس لممارسة العلاج النفسي متعدد الواجه الجديدة. وبعد

اكتشاف الاضطراب " التشخيص الدقيق" وفق التحليل المسطر في العلاج النفسي متعدد الأوجه، حينئذ يحدد المعالج خطته علاجية التي من خلالها يختار التقنية العلاجية الحديثة والملائمة لكل اضطراب أو حالة وفي الوقت المناسب بتحقيق المبادئ التالية:

1. اقتراح التقنية العلاجية المناسبة في الوقت المناسب للحالة المناسبة.
2. التقليل من استعمال الأدوية بقدر الإمكان واستبدالها باستجابة فيزيولوجية محضة.
3. الانتقاء الفعال للتقنيات العلاجية دون سيطرة توجه بعينه، لا لهدف بل للتدخل المناسب والفعال في وقت أقصر مع الفرد الذي يطلب المساعدة النفسية.

### 3. أهداف العلاج النفسي متعدد الأوجه: يهدف هذا العلاج إلى:

1. القضاء أو على الأقل التقليل والانقاص من المعاناة النفسية عند الأفراد الذين يطلبون المساعدة النفسية ويعانون من الالام النفسية.

2. تحسين النمو الشخصي عندهم بأسرع وقت ممكن وبالطريقة العلمية المطلوبة.

3. تجنب الشعارات الطبية النفسية "السيكاترية" بقدر الامكان، وتأكيد بقوة على

الحاجة إلى التعددية العلاجية. (ارنولد، لازاروس، ترجمة: مُجّد حمدي الحجار، 2002، ص 9)

فالعلاج النفسي متعدد الأوجه يهتم بالمشكلات والاضطرابات النوعية أو الصعوبات ضمن وظيفة معينة، إضافة الى التفاعل القائم بين هذه الوظائف، من أجل التعرف على الأسباب الرئيسية للإصابة، أي التشخيص الدقيق.

#### 4. الأبعاد السبعة للشخصية "BASIC-ID":

إن الانسان كائن حي يتحرك، يشعر، يحس، يتخيل، يفكر، يتعامل مع الغير، وهو كيان نفسي، عصبي، بيوكيميائي، فيزيولوجي، ومكونات شخصيته هي نتاج لسلوكيات مستمرة ومتكررة لعمليات عقلية معرفية وأحاسيس وتخيلات، وعلاقات بينشخصية مع التفاعلات الحيوية البيولوجية. وقد أوضح "بلاتشيك" "Plutchik" (1980)، و"لازروس" (1986) لبروفيل الخاص بالأبعاد السبعة للشخصية "BASIC-ID" الموضحة في الجدول التالي كمثال نموذجي:

إليك الحالة التالية: تقدمت الحالة "تسنيم" إلى الفحص النفسي جراء المعاناة النفسية، التي أصبحت تشكل خطورة عليها، مما دفع أفراد الأسرة خاصة الأم التي تتألم لحالة ابنتها، بحيث وصفت حالتها بأنها: "حالة من الكآبة وفقدان الرغبة في الحياة، مع عدم الرغبة في الكلام مع أي أحد من أفراد أسرتها، وقد فقدت كل الحيوية والنشاط الذي كانت تملكه سابقا"، تبلغ تسنيم من العمر 25 سنة، قد كانت تزاوّل دراستها الجامعية، رغم أنها شارفت على الانتهاء، أي مرحلة التخرج، ولكنها انقطعت عن الدراسة، بعد أن تعرضت إلى صدمة نفسية حادة بوفاة إحدى صديقاتها المقربات إليها، بشكل مفاجئ ودون سابق اندار، فأصبحت تعاني من فقدان حاد للشهية، مع حالة من الرغبة في القيء وظهور اضطرابات سيكوسوماتية، قد كانت تنام لفترات طويلة خلال النهار والليل وتبقي منفردة ومنعزلة عن الآخرين لوقت طويل، كما تنتابها أفكار سلبية حول الذات والآخرين، والخوف من المستقبل، قد قامت بمحاولة انتحار، فتناولت مواد التنظيف، وبعد إسعافها استطاعوا إنقاذها وهذا ما جعل من الضروري إخضاعها للفحص النفسي.

## الجدول رقم (1): الأبعاد السبعة لتحليل الشخصية " BASIC-ID "

وفي ما يلي الجدول الذي يوضح الأبعاد السبعة لتحليل الشخصية، وكيفية تشخيصها واقتراح التقنية العلاجية المناسب من خلال مثال توضيحي لحالة " تسنيم ":

النموذج	تشخيص الاضطراب والمشكلات النفسية	التقنيات العلاجية
السلوك Behavior	الانقطاع عن الدراسة، الرغبة في البقاء منفردة منعزلة عن الآخرين، السلوكيات التجنبية الانطوائية: تبقي منفردة ومنعزلة عن الآخرين لوقت طويل، فقدت كل الحيوية والنشاط الذي كانت تملكه سابقا، حاولت الانتحار.	العلاج معرفي سلوكي، تقنية تأكيد الذات. العلاج بالصدمة مثل: الصدمات الكهربائية
العاطفة Affect	التعرض إلى صدمة نفسية حادة بعد وفاة إحدى صديقاتها المقربات إليها. حالة الكآبة واليأس وفقدان الرغبة في الحياة.	جلسات التفريغ الانفعالي، التداعي الحر.
الإحساس S	فقدان الشهية الحاد، الرغبة في القىء، اضطرابات سيكوسوماتية... الخ	التنفس الصحيح العلاج العقلاني الانفعالي.
الخيال I	تصورات سلبية حول المستقبل، تصورات حول فقدان السيطرة وعدم تقبل الآخرين.	العلاج التخيلي من أجل استرجاع الثقة بالنفس. تقنية توكيد الذات
الإدراك Cognitive	تنتابها أفكار سلبية حول الذات والآخرين وخوف من المستقبل: التفكير السلبي الذي يظهر في فقدان الرغبة في الحياة، فقدان الثقة في الآخرين ناتج عن الصدمة العاطفية بفقدان أعز صديقاتها فجاءة فأصبحت لا تثق بالحياة.	العلاج المعرفي السلوكي، تقنية تصحيح الأفكار الخاطئة حول الذات والآخرين وتوقع المستقبل.
العلاقات البيئشخصية I	اضطراب العلاقات الشخصية بسبب التعلق المفرط بالصديقة الحميمة، انعدام علاقات، انعزل عن الآخرين. الانطواء	تدريب على طرق التواصل الصحيحة والفعال مع الذات والآخرين، مع وضع حدود بين الذات والآخر من أجل

حمائتها، تعلم ايجاد العلاقات المتزنة، السيكودراما والنمذجة		
تكليف الحالة بالقيام ببعض الانجازات والنشاطات التي تجعلها في حالة حركة لا لخمول ومساعدتها على فك العزلة والاندماج مرة أخرى .	استعمال مضادات الاكتئاب .	الأدوية Drug

يوضح هذا الجدول كيفية تفسير المعطيات التي تقدمها الحالة نفسها وما يقدمه عنها أفراد العائلة، في القيام بالتشخيص الدقيق الظاهر بالخانة الأولى لكل نموذج من النماذج السبع وكيفية التعامل معها باقتراح برنامج علاجي موحد ومتكامل لكل مشكل من المشاكل أو اضطراب من الاضطرابات النفسية أو العقلية التي تعاني منها الحالة، فهذه الدقة والضبط يساهم في فهم وتفهم وتقديم مساعدة فورية وموضوعية ناجحة للحالة.

ولهذا قد أصبحت الانتقائية التكاملية مطلباً ضرورياً في العلاج النفسي، تفرضه متطلبات العصر الحديث، فالتغيرات التي تحدث تجعل الاعتماد على منحنى علاجي واحد غير كافي، ويعتبر الأسلوب التكاملي المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستوى التطبيقات العلاجية، فتحليل الاضطرابات إلى نماذج أو أبعاد مختلفة، ثم اختيار الإجراءات المناسبة لكل نموذج، مع ضرورة التركيز على محاولة التخفيف من معاناة المريض بأسرع وقت ممكن، وبالاعتماد على العلاج لنموذج التكاملي لأبعاد الشخصية "BASIC-ID"، يسهل مهمة التشخيص والعلاج الى أقصى حد ممكن، بخبرتي الشخصية مع المرضى بالعيادة النفسية، فالعلاج التكاملي اختصر مجهود كل

الباحثين والمعالجين النفسانيين سابقا في ميدان العلاج النفسي من التشخيص الدقيق والعلاج الفعال والبرغماتي بين المعالج والمتعالج.

### خلاصة :

فمن خلال ممارسة العلاج النفسي متعدد الأوجه التكاملي كعلاج فني، نجد أنه يساهم في تطوير عمل الأخصائي النفسي العيادي الذي يمكنه من اتخاذ القرار الجيد لاختيار الاتجاهات المختلفة للمدارس حسب: " نوعية الاضطراب، وحدته، وشدته واستمرارته في الظهور عند المريض"، فمجموعة الطرق المفيدة التي يتطرق اليها هذا النوع من العلاج، يقدم المعطيات المتحصل عليها، والتي تكون قابلة للمعاينة والاختبار والتأكد منها، توافقها مع المنهج والنتائج البارزة على الحياة النفسية للحالة، كما يجب أن تكون متوافقة مع المعطيات العلمية القائمة حاليا الحديثة، والتي هي في تطور مستمر مع تطور الأحداث الحالية التي يوجهها العالم من حروب وانتشار للأوبئة وخسارة كبيرة للأرواح، التي جعلت مستوى القلق النفسي وبقية الاضطرابات النفسية تنتشر وتستفحل بوضوح في كل مجتمعات العالم، مما يدفع علماء النفس الى البحث في طرق أكثر فاعلية، وفي وقت أقصر. خاصة مع هذا التطور التكنولوجي الرهيب وماله من آثار غريبة على النفس البشرية، التي جعلته يتخبط بين الخيال والواقع، ولم يبرز له أيهما أصدق. مما قد يتسبب في تصنيفات جديدة للاضطرابات النفسية والعقلية بالدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية، لهذا يجب الاهتمام بالمعالج والعلاج النفسي والوضعية العلاجية.

## المحاضرة 11: العلاج السلوكي.

تمهيد:

العلاج السلوكي "Behaviour therapy" هو أسلوب علاجي يطبق خلالها نظريات التعلم الاجتماعي ومبادئ السلوك في عملية العلاج النفسي، بهدف تعديل وضبط السلوك المرضي، وتحويله أو توجيهه توجيهًا إيجابيًا صحيًا يوافق مبادئ السلوك السوي، فهي محاولة نفسية مبرمجة لأحداث تغيير في سلوك الفرد المرضى إلى سلوك سوي إيجابي. فيها يحاول التقييم السلوكي تحديدًا معرفة المتغيرات البيئية والمتغيرات المفروضة ذاتيًا. هذه المتغيرات هي الأشياء التي تسمح للشخص بالحفاظ على مشاعره وأفكاره وسلوكياته غير القادرة على التكيف معها في حياته اليومية.

### 1. تعريف العلاج السلوكي:

يتضمن العلاج السلوكي تعديل أو إزالة السلوك غير سوي للتخلص منه، يتم من خلال جهود الأخصائي النفسي، التي تُسهم في إحداث التغيير المطلوب، فيركز العلاج السلوكي على السلوك القابل للملاحظة وللقياس، ويركز على ضرورة فهم العلاقة السلوكية بين البيئة والسلوك، مع استخدام المناهج العلمية في تحليل السلوك، اعتمادًا على الرصد والتسجيل ككشف عن البيانات من خلال أسلوب تجريبي، ينظر العلاج السلوكي إلى نمو السلوك وارتقائه نظرة شمولية، ويهتم بالأعراض الحالية لذا يسمى بأسلوب لا تأريخي. فالعلاج النفسي السلوكي وهو مصطلح واسع يشير إلى العلاج النفسي السريري الذي يستخدم تقنيات مشتقة من السلوكيات، ويبحث في سلوكيات محددة ومتعلمة،

وكيف تؤثر البيئة أو الحالات العقلية للأشخاص الآخرين على تلك السلوكيات، ويتكون من تقنيات تعتمد على نظرية التعلم، مثل: "المستجيب أو التكييف الفعال"، فعلماء السلوك الذين يمارسون هذه التقنيات هم إما محللو سلوك أو معالجون في المعرفة السلوكية. (O'Leary- K. Daniel, and all, 1975p7-9)

إذن العلاج السلوكي يركز على المظاهر السلوكية البارزة وغير طبيعية، والتي تحتاج للضبط والتحكم فيها، سواء كان تحكم خارجي أو داخلي، الهدف هنا تغيير السلوك بما يتوافق مع متطلبات المجتمع.

## 2. الأصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي:

بدايات ظهور هذه التقنية العلاجية كأسلوب العلاجي في بدايات القرن العشرين، كرد للانتقادات التي وجهت الى بعض المدارس والاتجاهات القائمة على التحليل النفسي، والتي كانت قابلة على تحليل وتفسير السلوك الخارجي للفرد، الإشارات البدائية في هذه التقنية ظهرت وتجلت في رؤى كل من العالم "جون واطسون" "1875-1958" مؤسس المدرسة السلوكية، والعالم "فرانكس" في شكل مجموعة من التطبيقات المبكرة التي تضمنت استخدام الاشتراط المنفر، وذلك في علاج الإدمان، وكانت مؤسسة نظريات العالم النفسي الشهير "بافلوف" مؤسس نظرية "التعلم الاشتراطي"، والتي تعتبر أحد الأركان الرئيسية للعلاج السلوكي، وفي خمسينيات القرن الماضي قام العالم "سكينر" قام بوضع الأسس الفنية العلمية، وكذلك كتاب العلاج النفسي بطريقة الكف التبادلي لـ "ولبي"، كما أن لـ "إيزنك" إسهامات لا غنى عنها من خلال تأليفه لكتاب: "العلاج السلوكي والعصابي"، الذي اشتمل على العديد من المبادئ التي أسهمت بتطوير العلاج السلوكي.

### 3. أهداف العلاج السلوكي:

1. تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
2. مساعده العملاء على إدراك دور الأحداث وتأثيرها على السلوك.
3. العمل على تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية. (علي حسين زيدان وآخرون، 2016، ص 258)

### 4. خطوات العلاج السلوكي:

1. تحديد السلوك المحوري المراد علاجه أو تعديله ويطلق عليه خط الأساس من العناصر الآتية: "تجميع المعلومات عن العميل من المصادر البشرية وغير البشرية، وتطبيق المقاييس العلمية لتحديد مظاهر السلوك المشكل، والملاحظة المسجلة حول مظاهر السلوك".

2. الاتفاق مع العميل أو ولي الأمر.

3. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب من خلال تحليل المعلومات التي تم جمعها من خلال جمع البيانات الكمية لمقدار شيع أو معدل السلوك المضطرب، التوقيت الذي تحدث فيها، مع تحديد الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه، ثم تعطى فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك بكل دقة.

4. تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ويتضمن ذلك:

1. نوع السلوك "ضرب، سب، عدوان، كذب، سرقة، قضم الأظافر، ... الخ".

2. تاريخ حدوث السلوك.

3. الوقت الذي يستغرقه، بمعنى مدة حدوث الاضطراب.

4. مع من حدث.

5. كم مرة يحدث في اليوم، تحديد تكرار السلوك.

6. ما لذي حدث قبل ظهور السلوك.

7. كيفية استجابة الآخرين، الاستجابة العادية عند بقية الأفراد وتفسير تعارضها معه.

8. المكاسب التي حصل عليها من إجراء السلوك الخاطئة، أي المكاسب الثانوية.

9. أية ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة مثل: "صراع الابوين، ممارسة العادة السرية، تناول مخدرات أو أدوية .. الخ.

10. تحديد واختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير من عملية العلاج.

6. تحديد الظروف السابقة للسلوك المضطرب، ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.

7. تعديل الظروف البدنية وفيها توجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك، لأنه غير مرغوب أو غير متوافق، ويكون التركيز على تعديل الاستجابات وتتابعها بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك غير المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها من خلال: "الاسرة، المدرسة تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطالب، وابتكار وممارسة نموذج سلوكي معارض للسلوك اللاتوافقي.

8. إنهاء العلاج حين يصل الفرد الى السلوك المرغوب المعدل، وتعميم هذا السلوك في المواقف ذات الصلة.

9. تحديد مظاهر تحسن السلوك المراد تغييره من خلال:

1. القياس البُعدي.

2. إعادة تطبيق الملاحظة.

3. طرح التساؤل على الأفراد المحيطين بالظاهرة السلوكية.

10. تتبع الحالة من خلال أسلوب يتم الاتفاق عليه مع العميل أو ولي الأمر.

(عبد المنصف، حسن علي رشوان، 2000)

### خلاصة:

إن المعالج السلوكي بعد تشخيصه لحالة المفحوص السلوكية أي اكتشاف السلوك غير مرغوب فيه والمراد دراسته، ثم تحديد أهم التقنيات السلوكية الملائمة لمواجهة صعوباته، للتخفيف من معاناته كتحديد أي أسلوب يعالج الاضطراب سواء كان خوف أو قلق نفسي... الخ، فعلى المعالج السلوكي في هذه الحالة أن يقوم بشرح بسيط للمراحل المختلفة والتي يمر بها العلاج، وبعد ذلك يبدأ المعالج في تعريف المفحوص للأسلوب الذي يستخدمه في العلاج ويحاول أن يصل معه الى أهداف العملية العلاجية و أهمها اختفاء العرض.

## المحاضرة 12: العلاج المعرفي.

تمهيد:

بزر العلاج المعرفي بعد الوصول الى مرحلة خيبة الأمل من المقاربات الديناميكية طويلة الأمد القائمة على اكتساب نظرة ثابتة للعواطف والدوافع اللاواعية، توصل "أرن بيك" إلى استنتاجات مفادها أن الطريقة التي ينظر بها مرضاه إلى معنى وتفسيرهم لحياتهم اليومية هي عملية تعرف علمياً باسم الإدراك المعرفي "أي أن المعارف والأفكار، تساهم في تحديد المواقف والقيام بسلوكيات عن سلوكيات أخرى"، إن العالم "أرون بيك" من الباحثين المعاصرين الذين ركزوا على الإدراك والتفكير وقدموا ما يسمى بالعلاج المعرفي ولديهم أبحاث عديدة في مجال التشخيص وعلاج حالات الاكتئاب، وكذلك بعض المقاييس المعرفية في مجال التشخيص وقياس الاكتئاب، فقد وجد أن النموذج المعرفي يقدم تفسير أبسط وأقرب لمشكلات المرضى عما تفعله نظرية التحليل النفسي ونظرية العلاج السلوكي والتي لا تقدم إلا تفسيراً للأعصاب النفسية أو تحسين المرضى.

( مفتاح. مُجَّد عبد العزيز، 2001، ص 69 )

### 1. تعريف العلاج المعرفي:

إلا أن بعض العلماء يرى أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم "بيك، Beck"، لأن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبية باسم "بيك"، مع أنه وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي، فقد كانت أفكار "كيلي Kelly" حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي، فلقد كان "لكيلي" أثراً كبيراً على حركة العلاج المعرفي، لأنه ركز على

أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله من تغيير السلوك، أما عالم النفس الشهير "ألبرت إيليس Albrt Ellis" فقد درس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني، ولكنه غير اسمه إلى العلاج العقلاني الانفعالي، فقد اعتمد "إيليس" في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية، وكان "إيليس" قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصبية.

(ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 6-10)

يرفض العلاج المعرفي ما تنادي به المدرسة التحليلية بأن اللاشعور هو مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية بما أنها تعطي للسلوك من أهمية، وكذلك ما تدعيه مدرسة الطب الأعصاب التقليدية من اختلالات الفيزيولوجية والكيميائية هي السبب في الاضطرابات الانفعالية. ويقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأنها: "يفكر فيه الأفراد ويقولونه حول أنفسهم، وكذلك اتجاهاتهم وأراءهم، إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمرضي". فالمعالجين المعرفيين يستخدموا طرق لحل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، يقول "أرون بيك": "أن وصفات العلاج يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد على التعرف على التفكير الشخصي، وأن يتعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته وهذه الطريقة تعطي معنى للمرض، لأنها تتيح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم الخاطئة وتفسيرات خاطئة في وقت مبكر. (مفتاح. مُجدد عبد العزيز، 2001، ص 71)

ومع أن العلاج السلوكي محدود، لأنه يغفل تفكير المفحوصين المتعلق بأنفسهم والمتعلق بالمعالج وبالعلاج، إلا أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المفحوصين، وأهمية التخطيط المنسق لعملية العلاج، وأهمية التحديد الكمي للتغير السلوكي، أصبح ذا قيمة في نظر "بيك" شجعه على استخدامه في العلاج المعرفي، وبالتالي أصبح العلاج معرفي سلوكي.

## 2. أهداف العلاج المعرفي:

من بين أهم الأهداف التي يطمح لتحقيقها العلاج المعرفي هي:

1. التعامل مع تحريف الفرد للواقع، والذي يستنتج دون تمييز، مثلاً عندما يرى أن الآخرين يريدون أن يؤذوه، ومثلاً قد يرى مريض الاكتئاب أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة، أو أن يقرأ أو يقود سيارة ومع ذلك فحينما يطلب منه أداء هذه المهمة فإنه يقوم بأدائها. وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً، من أمثلة ذلك "أني عبء على أسرتي"، وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر، مثل: "لا أحد يحبني"، وفي مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، وبصفة خاصة عندما يصبح المريض مدرباً على تسجيل أفكاره الآلية، تزودنا بعمل جيد لكشف التحريفات.

( آرون، بيك، 2000، ص 175 )

2. التعرف على التفكير غير المنطقي مشوش وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات أو استنتاجات خاطئة عن مشاهدة الأحداث، التعامل مع عملية التحريف الواقع، والتي تبدأ لدى مرضى البارنويا في صورة الهذات، وكذلك في بعض الأمراض الأخرى.

3. الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المريض، بحيث تصحح صورة عن الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، كما يركز العلاج المعرفي على حل المشكلات. (مفتاح. مُجَّد عبد العزيز، 2001، ص ص 71-72)

4. التعامل مع التفكير غير المنطقي فقد لا يكون هناك تشويش للواقع، و إنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة، ومشتتلاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات، أو حدوث زيادة في التعميمات. فمثلاً مريض الاكتئاب يلاحظ أن هناك تسرباً بأحد صنابير الماء، أو أن إحدى درجات السلم مكسورة، فيستنتج أن المنزل برمته في تدهور وأنه تالف، وفي الحقيقة أن المنزل بحالة ممتازة ماعدا المشكلات الصغيرة، فنجد أنه أجرى زيادة تعميم كبيرة. وبنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون من مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر، كثيراً ما يبدؤون بمقدمات خاطئة، وعلى المعالج أن يتناول هذه الأفكار الخاطئة ومناقشتها وإثبات عدم منطقيتها في الجلسات العلاجية. (مُجَّد، الشناوي و مُجَّد، عبد الرحمن، 1998، ص 151)

لهذا فالإدراك المعرفي لكل ما يحيط بنا، قد يسبب تشويه في التفكير، ومن ثم ظهور سلوكيات مضطربة تحتاج الى تغير منظومة التفكير وتصحيحها حتى تتغير الاستجابة.

### 3. المبدأ الأساسي لتطبيق العلاج المعرفي:

تعتمد النظرية المعرفية في تناول الأمراض النفسية على تفسير الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات، وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفرد ناتج وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه، مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية "مخططات" كامنة عاجزة

عن التكيف تسيطر على المريض، بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره. ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة، فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية.

#### 4. خطوات تطبيق تقنيات العلاج المعرفي:

1. التعرف على الأفكار المرتبطة بسوء التكيف وتعطل قدرة الفرد على التعامل مع مواجهة خبرات الحياة.

2. ملئ الفراغات يكون عندما يتحدث المريض عن لأحداث وردود أفعاله عادة توجد فجوة بين المثير والاستجابة، وفي نظرية: "إليس" العلاج العقلاني الانفعالي فإن هذه الفجوة في الأفكار أو المعتقدات التي تقع على المعالج مهمة ملئ هذا الفراغ، وهذا يمكن أن يتم من خلال تعليم المريض أن يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.

3. الابتعاد والتركيز اليات مهمة والتي تمثل حسب "أرن بيك": " العملية التي ينظر بها الفرد بشكل موضوعي إلى الأفكار والأبعاد، وتشمل الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يوثق بها، وهي ضارة بالتكيف وخارجية عن اطار الفرد.

4. تدقيق الاستجابات على الرغم مما تحاوله مع المريض ليصبح قادر على التمييز بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية، إلا أنه لا يزال بحاجة الى أن يتعلم أساليب الحصول على معلومات دقيقة مثل: " الاستنتاجات وتمحيصها مع الواقع واستخدام قواعد البرهان . (مفتاح. مُجد عبد العزيز، 2016، ص ص 71-72)

5. تغيير القواعد من خلال أن تحل محلها قواعد أكثر واقعية وأكثر تكيفا.

6. احداث تغيير في البناء المعرفي.

7. تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفية هي العوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي

للعامل. (علي، حسين زيدان وآخرون، 2016، ص ص 258-259)

## 5. عيوب العلاج المعرفي:

1. الأساليب التي يستخدمها المعالج المعرفي تعتمد على التعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر والتصرفات أي السلوكيات.

2. اعتبار الأفكار التي تولد الانفعالات، وتوجهها في حين أن البعض يؤكد على أن الانفعالات أقوى من الأفكار، فليس من السهل أن تجعل شخص يحب شخص آخر بمجرد اقناعه بذلك. (مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص ص 75-76)

### خلاصة:

العلاج النفسي المعرفي يركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله وما يدركه عنها مما يتسبب في تغيير سلوكياته من منظور "أرن بيك"، وحسب يرى "أليس ألبرت" في نظريته نظرية التصورات الشخصية أن الشخص يقوم بصياغة تصورات "توقعات" حول ما يجري من حوله، ثم يتفحص هذه التصورات، وبناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث بها، ويحاول التحكم بها وضبط كل متغيراتها بتفكير منطقي عقلاني موضوعي.

## المحاضرة 13: العلاج المعرفي السلوكي.

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي "Cognitive Behavioral Therapy" اختصاراً "CBT" هو تدخل نفسي يهدف إلى تحسين الصحة النفسية والعقلية، هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الكآبة، القلق، تعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى، ويستند على مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات إيجابية أكثر واقعية، تم تغيير في السلوكيات حينها، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على تحدي وتغيير التشوهات المعرفية غير المفيدة مثل الأفكار، المعتقدات، المواقف، السلوكيات، تحسين التنظيم العاطفي وتطوير استراتيجيات المواجهة الشخصية التي تستهدف حل المشكلات الحالية. في الأصل تم تصميمه لعلاج الاكتئاب ولكن تم توسيع استخداماته لتشمل علاج عدد من حالات الصحة العقلية والنفسية بما في ذلك القلق. ويشمل العلاج المعرفي السلوكي على عددًا من العلاجات النفسية المعرفية أو السلوكية.

### 1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكره، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها. ويتوقف تحقيق هذا الهدف على

وجود علاقة علاجية دافعة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول، التقبل، الود، الدفء، التعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب. (عادل، عبد الله مُجَد، 2000، ص ص 67-69)

يعتبر "دونالد هربرت" هو مؤسس العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعرفه: "بأنه أحد أنواع العلاج السلوكي الذي يهدف لتصحيح المفاهيم الخاصة بالسلوك اللاسوي"، فهناك اتجاهين أساسيين في علم النفس هما الاتجاه المعرفي والاتجاه السلوكي، ومن خلالهما بدأت الأفكار المعرفية والسلوكية الأولى يهتم بالجوانب المعرفية والآخر يركز علي الجوانب السلوكية. (علي، حسين زيدان وآخرون، 2016، ص 255)

ويُعرّفه "ستيفن وبيك" بأنه: "تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية (Steven & Beck, A, 1995, p442)

فالعلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل وتغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية. (Ibid, 1995, p249)

العلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية، من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته. (إبراهيم، عبد الستار، 1993، 342)

كما تعرف "مليكة كامل لويس": "بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب

على مهارات مواجهة التحكم في القلق، التحصن ضد الضغوط، وأسلوب صورة الذات المثالية، التدريب على التعليم الذاتي، ووقف الأفكار". (مليكة، كامل لويس، 1994، ص174)

تُعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد المصادفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. (مُحَمَّد، الشناوي ومُحَمَّد، عبد الرحمن، 1998، ص211)

ويُعرّف "كندول Kendall (1993)" العلاج المعرفي السلوكي على أنه: "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه". (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 10)

إذن العلاج المعرفي السلوكي قد يساعدك المفحوص على التحكم بأعراض الاضطراب التي تنتابه، ويبدأ بعد معرفة الأسباب العملية للاستبدال التدريجي للمشاعر السلبية بأفكار إيجابية وواقعية. ومن غير منطقي أن يكون لهذا العلاج تأثير سلبي على حياة الفرد. فعلاج المعرفي السلوكي له دور كبير في مساعدة الكثير من الأشخاص في تحديد واكتشاف طريقهم، واستطاعوا من خلاله أن يسيطروا على أفكارهم، عواطفهم ومن تم سلوكياتهم.

## 2. نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الإدراكي المعرفي الوجداني والسلوكي للمريض. فكلمة معرفي "Cognitive" مشتقة من مصطلح "Cognition"، ولقد استُخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال لا الحصر "استغراق، تعرّف، ذهن"، إلا أن كلمة معرفي تُستخدم بكثرة في التراث النفسي والكلمات الثلاث الأولى: "استغراق أو تعرّف أو ذهن" هي الترجمات المناسبة لـ "Cognition". (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 11)

نشأ العلاج السلوكي المعرفي نتيجةً للجمع بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، الذين استُمدوا من علم النفس المعرفي والمدرسة السلوكية. ويعتمد العلاج السلوكي المعرفي على النظرية التي توضح مدى ارتباط كل من أفكارنا "المعرفة" ومشاعرنا "العاطفة" وسلوكياتنا "السلوك" ببعضها، ومدى تفاعلها معًا في صور معقدة. فمن خلال هذا المنظور يتضح أن هناك أساليب محددة يكون فيها خلل أو اضطراب في تفسير العالم أو تقييمه "ويبدو ذلك غالبًا من خلال الخطط أو المعتقدات السلبية الخاطئة التي يتبناها الفرد"، يمكن أن تؤدي إلى معاناة هذا الفرد من الضغوط والاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية. ويتمثل الهدف من معظم أساليب العلاج المعرفي السلوكي في اكتشاف وتحديد اضطرابات التفاعل أو التواصل، وذلك من خلال الطرق المنهجية المختلفة التي يتبعها المعالج النفسي لمساعدة المريض في التغلب على هذه الاضطرابات النفسية وتجاوزها والحيلولة دون حدوثها ليعيش حياة سعيدة وآمنة.

(Beck, A, et all, 2007,p8)

ويعد العلاج السلوكي أحد المجالات الغنية بالبحث، بحيث يعد من المجالات البحثية التي لاقت إقبالاً كبيراً من الباحثين النفسيين، كما أنه يحظى بقاعدة عريضة من الدراسات والأعمال البحثية، وترجع أصوله إلى مفاهيم ومبادئ المدرسة السلوكية. ووفقاً للعلاج السلوكي، يمكن أن تنبئ الأحداث والظواهر البيئية عن الطريقة التي نفكر ونشعر بها. إن سلوكنا يحدد شروط مدى تأثيرنا بالظروف والبيئة المحيطة بنا، والتي يتم تقييمنا وفقاً لها، وفي بعض الأحيان يدفع هذا التقييم السلوك إلى زيادة تعزيز الذات، وفي أحيان أخرى يقلل السلوك من العقاب. وغالباً ما يستدعي الأمر من أخصائي العلاج السلوكي إجراء تحليل السلوك التطبيقي، ولقد قاموا بدراسة العديد من الجوانب بدءاً من عوامل تأخر النمو ووصولاً إلى الاكتئاب واضطرابات القلق. وفيما يتعلق بمجال الصحة النفسية وحالات الإدمان، نُشر مقال مؤخراً في القائمة التابعة لجمعية علم النفس الأمريكية يحتوي على عدد من الممارسات العملية الواعدة والمنظمة جيداً في هذا الصدد ووجد أن هناك عددًا هائلاً منها يعتمد على مبادئ الاشتراط الإجرائي والسلوك الفعلي.

(O'Donohue W, Ferguson KE , 2006, p 7)

هذا، وقد ظهرت أساليب التقييم المتعددة من خلال هذا المنهج، ومن بينها التحليل الوظيفي "علم النفس"، مما أدى إلى وجود اهتمام بالغ بنظام التعليم المدرسي وعلاوةً على ذلك، فهناك برامج التدخل العلاجي متعددة المحاور التي قد نشأت أيضاً نتيجةً لهذا المنهج السلوكي المعرفي، ومن بينها طريقة تعزيز المجتمع لعلاج المشكلات المرتبطة بحالات الإدمان وعلاج التقبل والالتزام والعلاج النفسي والتحليلي الوظيفي، بما في ذلك العلاج السلوكي الجدلي والتنشيط السلوكي، وبالإضافة إلى ذلك فهناك أساليب علاجية حديثة

محددة قد استندت في نشأتها إلى هذا المنهج، مثل التعامل مع حالات الطوارئ والعلاج بالتعرض للمخاوف النفسية.

### 3. المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

نظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة، فقد تم تحديث العلاج المعرفي السلوكي خاصة، الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية، ويعتمد على صياغة مشكلة المفحوص وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي، ويركز المعالج فيه على صياغة مشكلة المفحوص وعلى عوامل متعددة التالية :

1. تحديد الأفكار الحالية للمفحوص التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي له، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها، ثم التعرف على العوامل المؤثرة على أفكاره عند ظهور الاضطراب، وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المفحوص الحوادث التي يتعرض لها، مثلاً: "عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل".

2. ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى، ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة. كما يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمفحوص تجعله يثق في المعالج، ويتطلب ذلك مهارات حسن الاستماع، الاحترام الصادق، والتعاطف الفعال، الاهتمام الموضوعي من المعالج بالمفحوص حتى يشعر بالثقة والأمان اتجاه المعالج.

3. يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، فالحث على العمل كفريق يشترط فيه وضع جداول عمل للجلسات في إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات وتحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها من أجل حل مشكلات محددة.

4. يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر، حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية، وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المفحوص، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في بعض الحالات مثل: "رغبة المفحوص الشديدة في القيام بذلك، أو عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية، السلوكية والانفعالية، أو عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المفحوص".

5. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المفحوص معالجاً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المفحوص بالمهارات اللازمة لمنع عودة الاضطراب بعد التحسن "الانتكاس". فعلاج مكثف قصير المدى، يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين 4-12 جلسة، وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

6. تتم الجلسات وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه، للتعرف على الوضع الانفعالي للمفحوص، ويطلب منه تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي، وإعداد جدول أعمال الجلسة التالية "بالتعاون مع المفحوص"، التعرف على رد فعله حول الجلسة السابقة، مراجعة الواجبات المنزلية، تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر، ثم أخذ رأي المفحوص فيما تم في نهاية الجلسة.

7. يعلّم المعالج المفحوص كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة، وكيف يقومها ويستجيب لها، ويستخدم فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج، والسلوك. ويؤكد على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض ويناقش معه وجهة نظره "المعالج" حول المشكلة "اعادة صياغة المشكل"، ويعترف بأخطائه ويسمح للمفحوص بمعارضته، وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي. كما يركز بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المفحوص أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 38-39)

إذن المعالج المعرفي السلوكي يركز على عدة جوانب من أجل نجاح العملية العلاجية، خاصة نوعية العلاقة بين "المعالج والمفحوص" ونوعية الافكار والمعتقدات الخاصة به.

#### 4. الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي:

1. مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته، وتعليمه كيفية مساعدته في تفسير أسباب الاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف عنده. وكذلك معرفة أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في الاستجابة السلوكية والعلاج.
2. تصحيح التحريف في التفكير لدى المريض والتعامل مع التفكير غير المنطقي، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويجعل التفكير منطقياً، معتمداً في ذلك على عدة أسس أهمها: "المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع العميل، واختزال المشكلة التي يعاني منها العميل ومساعدته في معرفة كيفية التعلم حل المشكلات، وذلك من خلال المشاركة النشطة في حلها والسيطرة على الأفكار والادراكات.

## 5. جلسات العلاج المعرفي السلوكي:

يمكن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي أو جماعي، يمكن أيضا تطبيقه عن طريق كتب المساعدة الذاتية أو برنامج حاسوبي. اذا كان العميل في المعالجة الفردية، فإنك عادة ستلتقي مع المعالج ما بين 5 الى 20 جلسة، كل أسبوع أو أسبوعين، وتمتد كل جلسة ما بين 30 الى 60 دقيقة، من الجلسات 2 الى 4 الأولى سيتفحص المعالج إذا كان باستطاعتك أن تستعمل هذا النوع من العلاج، وذلك أيضا لترى هل يشعر براحة مع هذا النوع من المعالجة. سيسأل المعالج أيضا بعض الأسئلة حول توجهاتك والماضي من حياتك، على الرغم من أن هذا العلاج يركز على الآن والمكان، فربما تحتاج أحيانا للتحديث عن الماضي لتفهم كيفية تأثيره عليك الآن. أنت تقرر ما تريد أن تتعامل معه على المدى القريب، المتوسط والبعيد مع المعالج. قد تستمر فترات العلاج والجلسات من 6 أسابيع الى 6 أشهر، وهذا يعتمد على نوع المشكلة ومدى استجابة المفحوص للعلاج. وقد يختلف من منطقة لأخرى العلاج المعرفي السلوكي وربما يكون هناك قائمة انتظار قبل بدء العلاج، يوجد دائما خطورة بأن الاكتئاب أو القلق قد يعود ثانياً بنكسة معينة، واذا ما حدث ذلك فإن المهارات التي اكتسبها المريض بالعلاج المعرفي السلوكي ستسهل عليه التحكم بأعراضها، لذلك فمن المهم أن يستمر بتطبيق مهارات العلاج المعرفي السلوكي حتى بعد أن يشعر بتحسن، وهناك بعض الأبحاث التي تشير الى أن العلاج المعرفي السلوكي ربما يكون أفضل من مضادات الاكتئاب لمنع عودة الاكتئاب، إذا دعت الضرورة فيمكن المفحوص القيام بدورة أخرى لتسترجع مهاراته.

(علي، حسين زيدان وآخرون، 2016، ص 255)

وأن يبلغ المعالج المفحوص بأن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات، للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانیه من مشكلات، فلدى المعالج فنيات وأسلوب علاجي ملائم، ولدى المفحوص المعلومات عن خبراته الفريدة، وهو الشخص الوحيد الذي يستطيع شرح أفكاره، مشاعره، وهذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 38-39) إذن أن العلاقة الإيجابية بين المعالج والمفحوص من الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح ويفترض من المعالج المعرفي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المفحوص، قوامها معالج يتصف بالدفء، التعاطف والصدق مع عملائه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات، أفكار ومشاعر المفحوص. وفي ما يلي سوف نتطرق لمختلف التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية:

## 6. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

وهناك العديد من الأساليب العلاجية التي يستخدمها العلاج المعرفي السلوكي:

**1.6. تقنية رصد الأفكار الخاطئة:** أو ما يسمى بتحديد الأفكار التلقائية: " يقصد بها تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص ذلك، وهي أفكار غير معقولة تسبب الانفعال غير السار أو الصحيح لحدث معين، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه التقنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية، ولذلك يطلب من المفحوص أن يسجل كل الأفكار التلقائية التي تراوده على

ورقة كواجب يومي، ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. (قتيبة، الجلي، أخرون، 1996، ص 271)

ويرى "آرون، بيك": "أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار" الاوتوماتيكية" التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. (آرون، بيك، 2000، ص 189)

إلا أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المفحوصين يجدوا صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية، ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها. ونظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق، يحاول بعض المفحوصين تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة، وقد يحاول المفحوص عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً، و في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصبر المعالج بلطف على طرح الأسئلة، كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 109-110)

اذن تقنية رصد الأفكار الأتوماتيكية مهمة جداً في العملية العلاجية، للتعرف على الكم الهائل من الأفكار التي تتسبب في تشويه التفكير وزيادة الألم واستجابة سلوك سلبية.

## 2.6. تقنية أو فنية تغيير الأفكار السلبية بأفكار ايجابية:

تقنية تغيير الأفكار السلبية بأفكار ايجابية يستعملها المعالج مع المفحوص بعد أن يكتشف ويقتنع بأن الأفكار السلبية هي السبب في سلوكياته المرضية، وي طرح سؤال على المعالج ما العمل إذن؟، هنا تكون الإجابة من المعالج: " بتغيير الأفكار السلبية بأفكار ايجابية، لهذا من الضروري أن يكون المفحوص على دراية بالأفكار السلبية وواعيا بها، فبعد القيام بتقنية رصد الأفكار واستظهارها للعقل الواعي فيدركها ويتعرف عليها عن قرب، ثم يحاول استبدالها بأفكار إيجابية على الفور، بهذه الطريقة لن تدع الأفكار السلبية تنمو في عقل المفحوص، وإليك بعض الأمثلة على استبدال الأفكار: " فعندما تفكر في الفشل، ابدأ بالتفكير في النجاحات حتى ولو لم تصدق ذلك، وعندما تفكر في المشاكل فكر في الحلول مباشر عوض التفكير في المشكل.. الخ. فاستبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية حتى ولو لم تكن واقعية ولا تصدق حدوثها بسبب تشتت التفكير، فآلية التكرار لهذه الأفكار الايجابية، راح تتحقق مع مرور الزمن وسوف تعطيك نتائجها التي تظهر كاستجابة للجهاز للإرادى الذي يتحكم فيه العقل اللاوعى الباطنى، فيعطيك أحاسيس النجاح والتطور والتقدم مهما كانت لأن العقل اللاوعى لا يفرق بين الصحيح والخطأ، ويقدم استجابة انفعالية لذلك، بنفس الطريقة التي يستجيب بها للأفكار السلبية، فلماذا لا نستغل هذه الآلية في زرع الأفكار الايجابية في ذواتنا ونسعد بها؟، لأنه سعادتنا تدل على افراز هرمونات السعادة في أجسادنا والمسؤول عنها العقل الباطن، لهذا فتقنية تغيير الأفكار السلبية بأفكار ايجابية ضرورية في العملية العلاجية، ويجب تدريب المفحوص عليها حتى يتمكن من تغيير مزاجه في لحظات، ويكون أكثر تحكم في ذاته.

### 3.6. تقنية أو فنية وقف الأفكار :Idea's Termination Technique

بعد القيام بتقنية رصد الأفكار يستعمل المعالج تقنية غالباً ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد على المفحوص وربما هذه الفكرة تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، فقد نجده غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل سوي، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة المفحوص على التحكم فيها. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم المفحوص كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية "وقف تدفق الأفكار الخاطئة" عملية بسيطة إلى حد ما، حيث أن المفحوص يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، من خلال النصيحة التي يتم توجيهها له بشكل متكرر وهي "لا تقلق بشأن ذلك بل ركز على إيقاف الأفكار القهرية". فاذا لم يستطع المفحوص استخدام هذه الفنية بسهولة، يجب أنقوم بتطبيق تقنية التفريغ الانفعالي أولاً، ثم أن نبسط له هذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصدقية، حيث إن هذا الأسلوب يكون أكثر فاعلية عندما يتم عرضه على المفحوص بشكل مفصل وواضح. وبعد أن يجد المفحوص أن هذا الأسلوب له تأثير، ويشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصدقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً "توقف"، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار. (Freeman, D, et, all, 1993,63)

## 4.6. تقنية مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية:

### " Technique Discussion of the Events of Emotive Experiences"

في هذه الطريقة يطلب من المفحوص تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أوالمواقف المرتبطة بالموضوع الانفعالي لديه، على أن يكون من المواقف التي يتذكرها جيداً، بحيث يصف المفحوص الحادثة بشيء من التفصيل، ويحاول المعالج جعل المفحوص يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة مثل: " ما هو أسوأ ما توقعته حدوثه عندما كنت قلقاً جداً؟، ما الذي خطر في ذهنك آنذاك؟ هل تخيلت شيئاً ما في تلك اللحظة؟"، ف حسب الإجابة التي يقدمها المفحوص، يتمكن المعالج من توضيح ردة فعله ويشير له بضرورة تغيير بعض الأفكار. حتى تتغير الاستجابة عنده وهنا يستفيد من الخبرة الانفعالية غير السارة ويستنبط الحكمة منها وما يجب فعله لاحقاً.

## 5.6. استخدام تقنية التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية :

### " Using Imagery to Get Back the Emotive Experience"

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب من المريض تخيل الموقف أو تمثيله، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض. هذه التقنية تفيد كلاً من المعالج والمفحوص في التعرف على الأفكار السلبية التي تؤدي إلى التوتر والاضطراب، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية

حسنة، وذلك من خلال الواجبات اليومية التي تُعتبر بدورها جزء من العلاج، ومن ثمّ تفيد المعالج في اختيار الأسلوب المناسب للتعامل معها.

(ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 109-112)

## 6.6. تقنية المراقبة الذاتية The Technique of Self Monitoring:

يُقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المفحوص بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة "كراس" أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المفحوص، ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المفحوص بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلته، فالاستمرار في استخدامها ومتابعة العملية العلاجية، بالإضافة إلى فتقنية المراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المفحوص، وتقدم أدلة تحد من ميل المفحوص إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 118)

## 7.6. تقنية المتصل المعرفي Cognitive Continuum Technique :

وفي هذه التقنية يطلب من المفحوص أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، يطلب هذا خاصة من المفحوص الذي لديه مثل هذا الاعتقاد: "أنا شخص عديم الفائدة ولا قيمة لي"، لهذا يجب أن يعرف المقصود بكلمة عديم الفائدة ولا قيمة لي، ثم يطلب منه أن يصنف هذه الصفة أو المفهوم الذي وصف بها نفسه، ويشير الى أين سيكون

بعض الأفراد الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. يبدأ بصفر "عديم الفائدة تماماً" و100% "فعال جداً"، وهي من التقنيات المفيدة جداً في استبدال الأفكار التلقائية المقيدة بمفاهيم محددة، وكذلك القيم والمعتقدات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء "أبيض أو أسود".

(ناصر. بن ابراهيم المحارب، 2000، ص217)

## 8.6. تقنية الجدل المباشر **Direct Dialogue Technique** :

أو ما يسمى أيضا بالعلاج السلوكي الجدلي "Dialectical behavior therapy" ويرمز له "DBT" وهذه الفنية هي إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة للآراء المفحوص، إلا أنه في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمفحوص رغبة في الانتحار و إيذاء الذات، فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس والقنوط، لأن المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع، وفي الوقت الذي لا يكون للمفحوص فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة التي تساعد على الابتعاد عن التفكير السلبي والأداء الخاطئ، وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جدلاً مقنعاً دون أن تسبب للمريض نوعاً من الدونية والهزيمة والضييق، كما أنها بدون نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي. وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكثر قدر ممكن من التعاون أفضل من

مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً. (Freeman, D, et , all, 1993, p55)

فهذه التقنية في العلاج النفسي مصممة من أجل مساعدة الفرد على تغيير نمط سلوكه غير الفعال والمؤذي للذات، وتهدف إلى زيادة الضبط المعرفي والانفعالي كذلك.

## 9.6. تقنية التعريض Exposure Technique:

هي مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق والمخاوف المرضية، فقد وجد الباحثون في هذا المجال: "أن التعريض المستمر للمثيرات التي يسبب القلق، ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني منه فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: "التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الواقع"، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض، من أهمها موافقة المفحوص، كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة.

(Thomas, H ,et.all, 1994,422)

ويعود الهدف من هذه التقنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق والخوف بإطفائها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق والخوف من ناحية أخرى وأحسن أسلوب لحل المشكلات هو المواجهة أو التعريض.

## 10.6. تقنية التخيل: "Imagination Technique"

تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما: **الأول**: يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي. **والثاني**: يُؤلّد القلق السلوك التجنبي الذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق، حيث أن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية، وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبيه دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح. واعتماداً على ذلك، يُطلب في هذا التقنية من المفحوص تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه وذلك خلافاً لتقنية تقليل الحساسية التدريجي، الذي يشتمل على الانتقال بالمفحوص تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة، حيث يبدأ هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، بل إن المعالج يهول الأمر، وذلك بهدف إبقاء المفحوص في حالة من القلق الشديد مدة طويلة، من أجل التخلص منه بشكل تدريجي ولضمان عدم ظهور الانتكاسة.

(جمال، الخطيب، 2001، ص360)

ولقد أشار "بيك" "Beck" إلى أن فنية التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من المفحوص أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المفحوص استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من المفحوص أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع المفحوص أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره مما سبق، إن تقنية العلاج

بالتخيل تساعد المفحوص في تعلم وإدراك أن تغيير الأفكار "السلبية" التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، يؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى هذه الأفكار وإبدالها بأخرى إيجابية. فكل ما يجعل المفحوص عاجزاً أمام القيام به، بتقنية العلاج بالتخيل وبتكرارها خاصة لما نتخيل الموقف بأدق تفاصيله ونكرهه، يتمكن المفحوص حينها من مواجهته في ما بعد بكل سهولة، ويحققه تم يتجاوزه كأنه لم يكن.

## 11.6. تقنية الواجبات المنزلية Homework Technique:

تلعب تقنية الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج في كل جلسة علاجية، فتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمفحوص، ويؤثر ذلك في طريقة أداء المفحوص وفي كل الخطوات أو مهام البرنامج العلاجي المسطر، ويستطيع المعالج تقوية علاقته العلاجية بتكليف المفحوص بعمل واجبات منزلية: " فيقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً". وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المفحوص تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، وإعطاؤه واجبات بسيطة مثل: "مهارات توكيدية"، ثم وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، فالواجبات المنزلية تستخدم لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، وتعطي فرصة للمفحوص لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية، لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها من أجل التحكم في الاضطرابات النفسية من

خلال التأثير في عمليات التفكير. ويرى فريق من خبراء العلاج النفسي أن الواجبات المنزلية تعد التدخل الأكثر احتمالاً لاستخدامه بشكل متكرر في السنوات الأخيرة، حيث يعتبر وسيلة فعالة من حيث التكلفة لزيادة تأثير وقت العلاج المحدود، وتهدف هذه الواجبات المنزلية إلى مساعدة المرضى على رفع مزاجهم وممارستهم ومهاراتهم التي طورها العلاج، والتحسين التدريجي بين جلسات العلاج. وهناك أنواع عدة للواجبات المنزلية تعطى للمريض على حسب حالته، ويطلب منه الالتزام بها للسير الحسن للعملية العلاجية منها: " نموذج تسجل الأفكار التلقائية، التجارب السلوكية لاختبار الأفكار والمعتقدات مباشرة. (ناصر، سيد جمعة، 2019)

فجدولة الممارسة الروتينية اليومية، ممارسة الاسترخاء التدريجي للعضلات خمس مرات في اليوم، تسجيل النشاطات السارة، نموذج المتعلق بالتعرض للمواقف الحقيقية المثيرة للاضطراب. (شعبان، المجد فضل، 2008، ص163)

لهذا يجب على المعالج وصف مكونات الاضطراب والتعرف على أسبابه، وتحديد أجنحة لمواعيد الجلسات والوقت المحدد للجلسة، وإبراز دور الواجبات المنزلية في التطوير أداء المفحوص، وعرض نماذج التفكير السلبية حتى تتم مساعدة المفحوص على اكتشاف العلاقة غير المنطقية بين الأفكار التلقائية والسابقة للمواقف، والتركيز على دور الاستراتيجية السابقة في تخفيف حدة القلق وبداية التمهيد لاستخدام استراتيجية جديدة المتمثلة في تعديل الصور والخيالات، التعرف على المواقف الإجرائية الخاصة بالشق السلوكي للبرنامج. والملاحظات المسجلة حول مظاهر السلوك، والاتفاق العلاجي مع

العميل أو ولي الأمر، ثم التأكد من دور استبدال الأفكار السلبية والصور السلبية بأخرى  
إيجابية قبل إنهاء الجلسة، وإجراء اختبار البعدي. (شعبان، المُجدِّ فضل، 2008، ص 164)

تعد الواجبات المنزلية بين الجلسة والأخرى جزءاً حيوياً أساسياً من العلاج النفسي،  
نظراً لأنها تساعد في تقييم سيرورة العلاج ومناقشتها مع المعالج، وتمكن المريض من متابعة  
تطوره من عدمه من جهة، وقد تريح جوانب أخرى من حياته قد يكون غفل عنها أو لم  
يعرها أي انتباه في وقت سابق، لذلك كان بحاجة للعلاج النفسي، مما يزيد من إحساس  
العميل بالإتقان والفاعلية الذاتية والتفائل بشأن نجاح العلاج. فهي وسيلة فعالة لتعزيز  
التغير العلاجي في فترة قصيرة.

## 12.6. فنية صرف الانتباه أو وقف الأفكار الخاطئة Distraction Technique:

تُستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي، لأهداف محددة وقصيرة  
المدى، وذلك بأن يُطلب من المفحوص الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف  
انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً،  
ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية  
العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه المفحوص كأسلوب لتجنب الأعراض،  
ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل  
العميل يُدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة  
جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع  
الأعراض، عندما يكون المفحوص في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية

التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي المفحوص الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ففي هذه الحالة بإمكان المفحوص طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُعطي المجال البصري للمفحوص أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه، ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمفحوص، فقد يطلب المعالج من المفحوص عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمفحوص كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه، وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ. التركيز على شيء معين: "Focus on a Particular Object" يُدرَّب المفحوص على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها: "أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه .. الخ"

ب. الوعي الحسي: "Sensational Awareness" يُدرَّب المفحوص على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية: "ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟. ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟.. الخ."

ج. التمرينات العقلية: "Mental Exercises" يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب). وهكذا تذكر حادثة معينة بالتفصيل... الخ .

د. الذكريات والخيالات السارة: "Pleasing Memories and Images" تذكر الحوادث السارة بأكثر مما يمكن من الوضوح مثلاً "رحلة سعيدة" أو التخيل "ما الذي سيفعله المفحوص لو كسب شيء غير متوقع"، فأن فنية صرف الانتباه تفيد في خفض مستوى القلق والتوتر عند الفرد بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه، مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تجعله أكثر هدوءاً وأقل توتراً. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 208)

### 13.6. تقنية ملء الفراغ: "Filling in the Blank Technique"

تتضح تقنية ملء الفراغ من خلال ردود أفعال المفحوص، وجود فجوة بين المثير والاستجابة وتتمثل في الأفكار المسبقة المشوهة، فيقوم المعالج بمساعدته على ملأ تلك الفجوة من خلال التعامل مع المثير والاستجابة الحقيقيين، مع تجنب للأفكار المسبقة المشوهة. (شعبان، أمجد فضل، 2008، ص 113)

ويتم تطبيق هذه التقنية من خلال توضيح "الأفكار الأوتوماتيكية" الحديث الداخلي للمفحوص، على أن ندره على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها. فقد يذكر عدداً من المواقف التي يحس فيها بكدر لا مبرر له، ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المثير والاستجابة الانفعالية، وقد يكون باستطاعة المفحوص أن يفهم سر كدره الانفعالي، إذا تمكن من يتذكر واسترجاع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (أبو بكر، دبالى ولعيس، اسماعيل، 2013، ص 16)

لهذا ادراك الأفكار والأحداث التي تسببت في ظهور مشاعر القلق، تساهم في فهم وتفسير الحالة واستبصارها بذاتها ووعي حقيقي بنقاط القوة والضعف عندها.

## 14.6. تقنية اختبار الدليل: " Alternatives Choosing Technique "

وهي من إحدى التقنيات الفعالة لمواجهة للأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح، حتى لو كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل، فالعملية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل، ولكنها تضع في الاعتبار أيضاً مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها العميل، بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان المفحوص قد أغفل عن بعض المعلومات المتاحة، والكثير من العملاء يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل "أنا لست شخص جيد"، ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه. فالخاطئ يكمن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذ يُطلب من المفحوص أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك كان نقول له لماذا أنت لست شخص جيد؟. إن طريق اختبار الدليل من الممكن تحديد ومواجهة الأفكار التي انتهى إليها المفحوص ومن ثم العمل على تغييرها بالتحقيق والمواجهة.

## 15.6. تقنية الحوار الذاتي: " Monologue Technique "

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية، فالإنسان يستجيب بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق، الاكتئاب وعدم الثقة، فالحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية

على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحتويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب.

## 16.6. تقنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال:

### "Identifying Wrong and Non-effective Thinking Methods"

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في فهمها وتفسيرها، مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية. فمن التحريفات المعرفية التي تحدث في ما يلي: "المبالغة وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها، كتصور الخطر والدمار فيها". ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق، فتفكير الفرد في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف، يؤدي إلى زيادة إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته، كما نجد أن التقليل من المخاطر الواقعية قد يكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة، إذ يؤدي ذلك إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز، فينبغي على الفرد أن يراعي التوسط في التعامل بين الأمور والمشكلات، فلا يبالغ في تفسير الموقف فيزيد من شعوره بالخوف. وفي المقابل لا

يقلل من شأن أي موقف والمخاطر المترتب عليه فيصبح اندفاعياً غير مبالٍ بالفشل الذي قد يتعرض له. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 307-312)

## 17.6. تقنية التجريد الانتقائي:

إن تقنية التجريد الانتقائي قد يكون مفيداً في بعض الحالات إذا استفاد منه الفرد في تعديل بعض جوانب القصور فيه، فمثلاً رفض طلب التوظيف لسبب معين، قد يكون دافعاً للفرد معين من أجل تطوير نفسه في هذا الجانب الذي يعاني فيه من القصور. أما بالنسبة لفرد ثاني قد تجعله يفكر في تقويم نفسه، فقد يكون لبعض سلوكياته سبب في تجاهل أو تجنب الناس له فيصلحها أو لأنه يحاول دائماً أن يحتكر أي حوار في جماعة ما، لذلك يقاطعه الآخرون فيعدل من طريقته. أما مجرد التركيز على السلبيات والتفكير فيها دون الخوض في أسبابها، فهو يؤدي بالفرد إلى التوتر والقلق بسبب الأفكار الخاطئة، التي قد تراوده حينها بأنه إنسان فاشل لا يصلح لشيء، أو أنه منبوذ ومكروه من الجميع، هذه هي أخطاء الحكم والاستنتاج: كثيراً من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك فيها ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة، بسبب عدم توافر معلومات معينة أو سياق مختلف. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 313)

"فالاستنتاج العشوائي" أو "الخطأ في الاستنتاج" هو الوصول إلى استنتاجات دون أدلة كافية أو بأدلة واهية لا تتفق مع الواقع الموضوع، وعادة ما يكون الاستنتاج الخاطئ من النوع السيئ، مما له انعكاسات سلبية على حياة الفرد. كشف الية القيام بالتجريد الانتقائي عند المفحوص تبين الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين، فقد يظهر

للمكتتب أن يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل مثلاً: "كأن يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله، وفلاناً قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا، وأن لا يقول كذا وكذا .. إلخ.

(عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 312)

هنا يأتي دور المعالج في توضيح هذا التفكير الانتقائي عند المفحوص، ويحاول معه فهم لماذا يركز عن أحداث دون الأخرى التي تكون أكثر فاعلية واسعاداً له في هذا الحفل.

## 18.6. تقنية تبادل الأدوار أو الكرسي الفارغ:

تقنية تبادل الأدوار تعطي للمفحوص أفكار جديدة عن الآخر، وتفسر بوضوح لماذا قام بسلوك عن الآخر معه، فلعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي، كما يستخدم تبادل الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي لا يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين، ويعد تبادل الدور أحد الطرق التي تُعين على نمو المهارات الاجتماعي. فهي تقنية تتيح للفرد الفرصة لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكيات غير المرغوبة، خصوصاً عند مقارنة النتائج المترتبة على الاختيار ما بين السلوك المرغوب وغير المرغوب. فما يختار المعالج كرسي فارغ ويطلب من المفحوص يتخيل نفسه يجلس فيه بهدف القيام بما كان يقوم به الفرد الذي انزعج منه، سوف يعايش التجربة ويشعر بها ويتفهم أكثر بشكل عقلائي لا انفعالي.

## 19.6. تقنية الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه :

### " Socratic Question and Guided Discovery Technique "

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المعالج والمفحوص في وضع أهداف العلاج، وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المفحوص، بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض، ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticية "نسبة إلى سقراط" من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته، إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى، وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المفحوص مباشرة، كأن يشير إلى عدم التناسق، ووجود أخطاء في التفكير، ويسأل العميل عن مدى موافقته وفهمه لذلك. أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السocraticية توجيه المفحوص إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق ومساعدته على اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيراً تعويد العميل على التروي والتفكير وطرح الأسئلة "على نفسه"، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية. إن هذه الفنية يحصل فيها المعالج على معلومات عن المريض وعن خبراته الفريدة، فهو الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره، فهذه المعلومات بدورها تفيد المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي تطبيقها. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص132)

## 20.6. تقنية توكيد الذات:

يشير مفهوم تأكيد الذات إلى خاصية تبيّن أنها تميز الأشخاص الناجحين، من وجهتي نظر الصحة النفسية والفاعلية في العلاقات الاجتماعية، وبعد أن كان توكيد الذات ينظر إليه كصفة شخصية عامة تتكون لدى الشخص كما تتكون صفات: مثل الانبساط أو الانطواء وتبقى ثابتة أو مقاومة للتغيير، أصبحت النظرة النفسية الأحدث لتوكيد الذات: " هي أنها قدرةٌ يمكنُ تطويرها وتغييرها من خلال التدريب".

(Garner, D.M. and Wolley , S.C. 1991,p 729)

فتقنية توكيد الذات: " يتعلم فيها الفرد كيف يعبر بحرية عن آرائه وعن مشاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين، كيف يستطيع فرض نفسه على المواقف بدلاً من السماح للمواقف أو للآخرين بفرض أنفسهم أو آرائهم عليه، فيكون مستعداً لمواجهة الآراء والتوجهات السلبية، التي قد يقابلها لدى الآخرين، ولعل ممارسة الهوايات والفنون تفيد في هذه العملية. (إبراهيم، عبد الستار، 1998، ص291)

وباختصارٍ فإن التوكيدية تتضمنُ كثيراً من التلقائية، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية معاً، وهي عبارة أخرى تساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح، عندما ندخل في علاقات اجتماعية مع الآخرين وعلى أحسن تقدير تساعدنا على ألا نكون ضحايا لمواقفٍ خاطئٍ من صنع الآخرين، ودوافعهم في مثل هذه المواقف.

## 21.6. التدعيم الإيجابي: " Positive Rein For Cément "

ويقصد به المكافئة أو الجزاء أو الثواب الذي يأتي عقب الاستجابة، ويؤدي بالفرد إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب ويكون التدعيم في صورة مادية أو معنوية كتقديم: " نقود، الطعام، المدح، الأشياء المحببة كالرحلات أو اللعب، وينعكس كل ذلك على السلوك السوي، مما يعزّزه، يدعمه ويثبته، ويؤدي الى النزعة نحو تكرار السلوك إذا تكرر الموقف، وتنجح هذه التقنية كثير مع الأطفال والمراهقين.

## 22.6. التدعيم السلبي "التشيط" " Négative Reinfor Cément "

وفيه يتم تعريض العميل الى مثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، أو إزالة مثير مكروه منفر يلي صدور الاستجابة، ويستخدم مع سلوك العملاء الذي يبدون تكاسلا أو امتناعا عن الإجابة نحو سلوك واحد أو أكثر من مظاهر الاضطراب السلوكي لديهم من خلال حرمانهم من الأنشطة المحببة لديهم.

## 23.6. التدعيم المتمايز " Differential Reinforcement "

هذا التدعيم في اتجاهين: " أ. زيادة استجابة سوية. ب. إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها ". ويتم ذلك من خلال تقديم تدعيم مثير تالي لوقوع الاستجابة السوية مع وقف التدعيم عند وقوع الاستجابة المشكلة في نفس الوقت من خلال مثير مرغوب يساعد العميل على التغلب على التردد والخبرة بين السلوكية.

## 24.6. تشكيل الاستجابة " Response Shaping "

ويقصد به تقديم المثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة، ويتضمن ذلك تقسم السلوك المراد تعلمه الى خطوات ومراحل صغيرة وتدعيم السلوك كلما أنجز خطوة

من هذه الخطوات التي تؤدي الى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المقابلات الأخيرة بقصد تحديد السلوك النهائي المرغوب الوصول اليه.

## 25.6. تقنية العقاب "Punishment":

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب استجابة سلبية، ويقصد به أيضا توقيع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب، ويخالف عن التدعيم السلبي من حيث نتائج كل منهما، ويتضمن الأبعاد المؤقت للعميل لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية، ويساعد هذا الأسلوب اعطاء العميل فرصة للتأمل في سلوكه بحدوء.

## 26.6. تقنية النمذجة "Technique Modeling":

في هذه التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب أمام المفحوص، بعلمه أو دون علمه، ويطلق عليها "التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد"، ويتم من خلال ذلك متابعة النماذج والتدريب على تأكيد الذات ولعب الأدوار، فيتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة متسلسلة تؤدي إلى كشف خطوات أداء السلوك، ويتم عن طريق أربع عمليات:

1. الانتباه "Attention": الى خصائص السلوك المرغوب فيه.

2. الاستيعاب والتذكر "Rétenion": عن طريق التكرار والتدريب على السلوك المعروض من طرف النموذج.

3. إعادة القيام التلقائي بالسلوك "Motoric Reproduction": عن طريق مساعدة

العميل لتقليد النموذج بشكل لفظي، رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية والواقعية.

4. **التدعيم "Reinforcement"**: وهذه الخطوة من تدعيم وتشجيع المفحوص على التقليد تساعده على ممارسة السلوك المطلوب، ويطلق عليه العملية الواقعية. فالنمذجة من ملاحظة الآخرين وتقليدهم كثيرا ما تكون عملية التعلم بالتقليد عملية عفوية لا حاجة لتصميم برامج خاصة لحدوثها، ولكن هذا صحيح بالنسبة للأشخاص المعوقين وخاصة ذوي الإعاقات الشديدة، فكثيرا منهم ما يعاني من العجز عن التقليد ولذا على المعلمين والقائمين على تنشئتهم تعليمهم مهارات التقليد، وغالبا ما يلجأ معدلو السلوك إلى هذا الأسلوب عندما يخفق الفرد المعاق في الاستجابة للتعليمات اللفظية، فتقنية النمذجة نوع خاص من المثيرات التلقينية، يوضح فيها معدل السلوك المطلوب تقليده. وفي هذه الحالة فإن الشخص يكون ملاحظا "Observer" ومعدل السلوك يكون نموذجا "Model"، وفي التدريب على التقليد يقوم معدل السلوك بما يلي: "الفوز بانتباه الملاحظ، تقديم تعليمات لفظية للملاحظ، تأدية السلوك المراد من الملاحظ تقليده، البدء بسلوك بسيط نسبيا واستخدام التلقين الجسدي عند الحاجة، تعزيز الملاحظ عند تقليد السلوك المنمذج بنجاح". (جمال. الخطيب، 2001)

## 27.6. تقنية وضع الحدود والقواعد:

ويُقصد به وضع قاعدة معينة يكون المطلوب فيها أن يتم السلوك وفقاً لها، ويتم تحديد التدعيم المتوقع عند تنفيذ السلوك المطلوب، باستخدام أسلوب العقاب عند مخالفته للقواعد الموضوعية، ويتضمن ذلك مساعدة المفحوص في الدخول بعلاقات اجتماعية تمده برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده في القدرة على التوافق: أ. **مهارات التفاعل**: مهارات الحضور، المهارات التعبيرية أو مهارات التركيز

ب. مهارات جمع المعلومات والتحليل: مهارات الوصف، التحليل والاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات.

ت. المهارات العملية والتطبيقية: مهارات التوجيه والمواجهة، ومهارات الحوار والمناقشة.

## 28.6. تقنية التعليمات الشفهية: " Verbal Instruction "

ويقصد بها التوجيهات والنصائح التي تُستخدم كأدلة أو مشيرات، ويمكن استخدامها في إحداث التغيير المطلوب في السلوك الفرد، ويتم الاسترشاد بها تدريجياً من المواقف البسيطة إلى المواقف الأكثر صعوبة للسلوكيات التي يتعامل بها الفرد أو الآخرين. فمن خلال سلوك الانتفاء "Extention" مثلاً يتم تعليم الفرد كيفية الكف عن القيام بعمل ما أو إصدار استجابة معينة أو الغاء التدعيم الذي يلي السلوك، ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب، وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانتفاء يكون قد حقق تأثيره ويستخدم في حالتين هما: أ. إذا لم يكف المفحوص عن القيام بعمل، من شأنه أن يقلل من معدل الاستجابة لتعديل السلوك. ب. إذا أستمروا المفحوص بفعل نفس السلوك، ولم يستجب للتدعيمات السلبية، ويتم تطبيقه مع العملاء لكبح جماحهم بعد أن استخدمت أساليب أخرى ولم تحقق فائدة مرجوة منها فهي توضيحات لفظية للمواقف.

(عبد المنصف، حسن وعلي، رشوان 2000)

إذن الملاحظات والارشادات التي يقدمها المعالج حول طرق تفادي المشكل أو التخلص من الاضطراب النفسي والتحكم في السلوكيات، تقدم بشكل شفهي بما أن علم النفس يوصف بعلم الكلام أو التوجيهات اللفظية.

## 29.6. تقنية التدريب على حل المشكلات : " Problem Solving Skills "

هناك عدة مراحل يجب اتباعها أثناء حل المشكلة المطروحة وهي :

1. **مرحلة إدراك وجود المشكلة:** وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة، وهنا من المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً، مضطرباً، أو مثاراً.. الخ. فالمثير يذكر بأنك قلق فهناك شيء ما غير سليم.

2. **مرحلة خفض الإثارة عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي:** "قف وفكر قبل أن تتصرف"، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة، لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

3. **مرحلة صياغة للمشكلة:** من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.

4. **مرحلة التفكير بطريقة الحل البديل:** يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار، من بينها مرحلة التفكير بالعواقب فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.

5. مرحلة تقييم نتائج الحلول المطبقة: من خلال النظر إلى السبب، النتيجة والعلاقات بينهما والتعلم من النتائج المطبقة، وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، التعلم من الأخطاء، وتجنب لوم الذات على محاولة تغيير التفكير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات.

### 30.6. تقنية العلاج التنفير "Aversion":

إن أسلوب العلاج بالتنفير هو طريقة تربط الاستجابة بشيء منفر، بهدف كف الاستجابة وإطفائها، وتقوم على ممارسة المفحوص لأدوار اجتماعية تساعده على الاستبصار بمشكلته، وهنا فإنه يحتمل المفحوص أن يغرم شيئاً مادياً أو معنوياً إذا قام بالسلوك غير المرغوب، مما يؤدي إلى تقليل ذلك السلوك مستقبلاً. فخطوات تطبيق إجراءات المعالجة بالتنفير تعتمد على أولاً: التعرف السلوك المراد تنفيره منه وغير المقبول، والذي يراد التخلص منه مباشرة، ويستمر اقترانهما لمدة زمنية قصيرة مع المعزز، وبعد ذلك يختفي كل من المثير والمعزز في الوقت نفسه. ثانياً يقترن زوال المثير عادة بظهور مثير يريد المعالج أن يحصل عليه كمعزز بديل للمعزز غير المقبول. ثالثاً يقوم المعدل بتنظيم الظروف البيئية وبالتالي يحصل المعالج على التعزيز في حال اختياره للمعزز البديل وعزوفه عن المعزز غير المقبول. ويمكننا استخدام هذا الأسلوب أثناء ممارسة المفحوص للعادة السرية، عندما تراود خياله تجربة مكروهة تعافها النفس، يستخدم بفعالية في علاج النشاط الحركي الزائد، السلوك العدواني، ومع حالات الانحراف الجنسي، اللزمات العصبية، التدخين، الإدمان، الجنوح، وحالات السمنة الناتجة عن الشراهة في الطعام.

إذن تُعتبر العلاج بالتنفير من التقنيات التي تُستخدم في العلاج المعرفي السلوكي المهمة.

## 31.6. تقنية العلاج بالغمر: "Thérapie par immersion"

من مميزات هذه الطريقة أنها أسرع في تأثيرها من طريقة التحصين التدريجي، ولكن يعاب عليها أنها في بعض الأحيان قد تكون نتيجة عكسية فتزيد استجابة الخوف والقلق بدلا من أن تمحوها أو تطفئها وتعتمد طريقة الغمر على تعريض الفرد الذي يعاني من القلق أو الخوف بشكل مباشر الى المثير يبعث فيه القلق أو الخوف والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها أسلوب الغمر هي التعرض السريع للمستترشد لذلك المثير المشروط الذي يخاف منه بدلا من تعرضه لفترات. (طه. عبد العظيم حسين، 2008، ص ص 190-191)

تقنية الغمر تقوم على فكرة وضع الفرد في الموقف الذي يخاف منه مرة واحدة وبكثرة بدلا من التدرج كما هو الحال في التحصين التدريجي، فمثلا إذا كان طفل يخاف من الأماكن المرتفعة مثل سطح عمارة أو أحد الأبراج، بحيث ينخفض الخوف والقلق لديه نتيجة تواجد فيها. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 190)

وتستعمل تقنية الغمر أيضا مع العادات السيئة فالغمر فيها يجعل الفرد ينفر منها ويكرهها، وهذا ما يسمى بالغمر المباشر، وهناك الغمر بالتخيل بحيث يطلب من المتعالج تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه بالبداية بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى للقلق لفترة زمنية طويلة، وهنا يأتي دور المعالج في تقديم المثير المخيف في المستوى التخيلي بهدف إعادة الموقف المخيف عندها يحدث التدريب على المواجهة، فيجعل المفحوص يتخيل أفكار تثير ردة فعل لديه مثل القلق الخوف أو الشعور بالذنب وهذي الأفكار هي التي تقف وراء أعراض المرض أو المشكل، فدور المعالج في هذه المرحلة هي أن يرغم المفحوص على التفكير وتخيل الأشياء التي تخيفه. وفي نهاية أول جلسة يجب على المعالج أن يطلب من المريض أن يمارس في البيت تمارين التخيل حول أمور تثيره كواجب بيتي

خلال مدة العلاج، ثم يعاد التفكير في كل جلسة جديدة في المثير يطلب من المريض مواجهته في الواقع، مما يجعل المفحوص يتأكد بأن الأمر الذي يخيفه لن يترتب عليها نتائج التي كان يتوقعها. إذن تقنية الغمر تقنية جد سريعة في العلاج تجعل المريض في حالة صحية جيدة وكذلك تلائم العصر الحديث بحكم أنه عصر السرعة.

### 31.6. تقنية العلاج بخط الزمن: "Time Line Therapy"

هي طريقة ممتازة وسريعة للعلاج المختصر لأنها تعطي وسائل سريعة لتغيير سلسلة من الأحداث التي تؤدي الى أشكال مختلفة من السلوك غير المرغوبة أو الحالة النفسية الداخلية غير المريحة، كذلك المشاعر الثانوية الناتجة عن تلك الأحداث المشابهة والمشاعر السلبية، فتقنية "العلاج بخط الزمن": هي تقنية متطورة تمّ تجريبها وتطويرها إلى أن تمّ تشكيل تقنية كاملة ومثالية ناجحة، وهي تعتمد أساساً على الدخول إلى العالم الداخلي للفرد المعالج، وإحداث سلام وتصالح داخلي هادئ مع النفس والذات ومع الآخرين، ومساعدة الشخص المعالج في التخلص من كل المشاعر السلبية المؤلمة الهادمة والسيئة التي يشعر بها. وقد كان السبب الأساسي والدافع وراء سعي العلماء إلى ابتكار هذه التقنية أبحاثاً ودراسات تمّ إجراؤها على مجموعة من الأفراد، قامت بها "جمعية السكتة الدماغية" بإشراف من الطبيب "بورنستين Bornstein"، والتي توصلت إلى أنّ السبب الأساسي للسكتات والجلطات الدماغية يعود إلى "التغيرات المفاجئة في الجسم والمشاعر السلبية التي تسيطر على الفرد، ولذلك فقد حاولوا أن يجدوا حلاً للتخلص من المشاعر السلبية التي تدمر الإنسان وتؤدي لهلاكه، تنسب هذه النظرية إلى العالم "تاد جيمس Tad James" والذي يعتبر أحد أفضل المعالجين النفسيين في العالم، وهذه النظرية هي تقنية ووسيلة سريعة ومثالية لعلاج المشاعر السلبية التي تراود المريض، وذلك من خلال تقنيات

العلاج بخط الزمن التي تهدف إلى تغيير طريقة تفكير والادراك الأحداث، مما يزيد من المشاعر الإيجابية لدى الفرد، تكمن الأساس في تطبيق هذه التقنية بأن يتعرف المريض المعالج على المشاعر السلبية التي تصيبه كالخوف، الحزن، الاكتئاب، التوتر، حتى التشاؤم، أو الصدمات النفسية، وملاحظة العبارات والردود الفعل التي يقوم بها للتعبير عن هذه المشاعر، وبرمجة العقل على التخلص من استخدام هذه العبارات السلبية، وتغيير ردود الفعل السلبية عند الشعور بنفس المشاعر، ويمكننا الاستفادة من هذا العلاج من خلال اللجوء للمعالجين المتمرسين في هذا المجال الذين يساعدون الأشخاص على حل مشاكلهم بهذه التقنية بطرق فعّالة ورائعة . ( هديل البكري، 2015 )

فإدراك الفرد للزمن على أنه مجال من الحياة بين الماضي، الحاضر والمستقبل، يقوم المعالج في هذه التقنية باستعمال أليات خاصة باللاشعور من أجل إعادة برمجة الأفكار السلبية فيه، فتشويش الوعي بالتخلص من الآلام والقضاء عليها بالخيال وتغيير أحداث خط الزمن كما يريد المتعالج، فالزمن مرتبط بمكان معين في الذهن الإنسان، وكذلك المستقبل بعد يوم أو أسبوع أو حتى الماضي والحاضر يشكل نقاط في خط الزمن، تمتد من الماضي الى المستقبل وتشكل الخط من اليمين الى الشمال ومن الخلف الى الأمام، فيبحث المعالج المفحوص على تعديل هذه النقاط بما يتوافق مع المشاعر المحببة له، فيختار أداة قص لقص مشاعر الألم أو منشار لقطعها ويتحسس مشاعر الألم وهي تذهب بعيدا وكأنه أمر للاوعي بالقضاء عليها وفعلا هذا ما يحدث بعد اتمام التمرين، وفي نهاية التمرين يطلب من المفحوص تزيين خط زمنه وحفظه في الذاكرة. (نجد، التكريتي، 1994، ص ص 115-118)

العلاج بتقنية خط الزمن من أنجح العلاجات النفسية التي استعملها في عيادتي .

## 32.6. تقنية تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي.

إن أكثر الاتجاهات النظرية التي أظهرت نجاحا في معالجة المخاوف المرضية هي نظرية التعلم الاشتراطي، كما دلت على ذلك الدراسات التجريبية لتجربة "بافلوف" "مثير واستجابة"، ومن أهم هذه الأساليب تقنية تقليل سلب الحساسية التدريجي، أو ما يسمى بالتحصين التدريجي "Desensitization Systematic" والإشراف المضاد "Counter Conditioning"، والإشراف الإجرائي بواسطة تشكيل السلوك تدريجيا "shaping"، وقد شهدت السنوات الماضية اهتماما متزايدا للإجراء المعروف باسم تقليل الحساسية التدريجية، على يد "جوزيف ويلبي" "Joseph Wolpe" فقد طوره عام (1958)، ووصف "ويلبي" أسس النظرية التي استمد منها هذا الإجراء في كتابه "العلاج النفسي بالكف المتبادل"، فقد اقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشراف المضاد، ويعني استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال الاستجابة بأخرى، حيث افترض أنه بالإمكان محو استجابة مضادة لها لوجود المثير الذي يستجرها، وهذا ما يطلق عليه اسم الكف المتبادل والاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في وقت واحد، فعلى سبيل المثال: "لا يستطيع إنسان أن يشعر بالخوف والقلق، وهو في حالة استرخاء تام ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الاستجابة الانفعالية".

وقد أثبت "جوزيف ويلبي" في كتابه أن ما يقرب من 90% من حالة الخوف والقلق التي قام بعلاجها "نحو 200 حالة" شفيت باستخدام هذا المبدأ. المهم أن الفكرة العامة والرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية "الخوف أو القلق" تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به. (إبراهيم، عبد الستار، 1994)

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الفرد العصابي القلق على مواجهة مواقف القلق تدريجيًا، والهدف الرئيسي من ذلك هو تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تمامًا خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغي العلاقة الاشتراكية بين المثير والاستجابة. (إيهاب، البلاوي، 2001، ص177)

إذن العلاج بسلب الحساسية بالتدرج هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية، فهذا الأسلوب يهدف إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكره وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها. وتدريب المفحوص على تغيير هذه الاستجابة غير تكيفية والتعرف مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب.

### 33.6. آلية تطبيق تقنية العلاج الإنساني:

تستند العلاجات النفسية الإنسانية والتي تُعرف أيضا باسم "العلاجات التجريبية" على علم النفس الإنساني، وقد ظهرت هذه العلاجات كرد فعل على كل من المدرسة السلوكية والتحليل النفسي، ويطلق عليها اسم "القوة الثالثة"، وتهتم هذه العلاجات بالتنمية البشرية واحتياجات الفرد، مع التركيز على معنى الذاتية ورفض الحتمية والاهتمام بالنمو الإيجابي بدلا من الاهتمام بالأمراض. ويفترض البعض قدرة الإنسان الكامنة على تحقيق أقصى قدر من إمكاناته والنزعة لتحقيق ذاته، وتكمن مهمة هذا العلاج في خلق بيئة

متناغمة تزدهر فيها هذه القدرة والنزعة، وبالتالي فإن جذور علم النفس الإنساني يمكن أن توجد في الوجودية الاعتقاد بأن الإنسان يمكنه أن يجد المعنى من خلال إنشائه، وهذا هو هدف العلاج الوجودي الذي بدوره مرتبط بفلسفيا بعلم الظواهر، يهتم العلاج المتمركز حول العميل بإظهار المعالج لحالة من الانفتاح والتعاطف والتقدير الإيجابي غير المشروط تجاه العميل، وذلك لمساعدته على التعبير عن ذاته وتطويرها. ويأخذ العلاج الجشطالتي والذي كان يُسمى في الأصل "العلاج بالتركيز"، الشكل التجريبي- الوجودي، حيث يُسهل من عملية الدراية تجاه السياقات المختلفة في الحياة، من خلال الانتقال من الحديث عن المواقف البعيدة نسبيا إلى العمل والخبرة المباشرة الحالية، وهناك شكل من أشكال العلاج الإنساني أكثر إيجازا، وهو نهج " المعطيات البشرية"، والذي عُرض عام (1989)، ويأخذ شكل التمرکز على الحل، اعتمادا على تحديد الاحتياجات العاطفية كالحاجة للأمن، الحكم الذاتي والاتصال الاجتماعي، ويستخدم هذا النهج طرق تربوية ونفسية مختلفة لمساعدة الناس على تلبية تلك الاحتياجات بشكل كامل ومناسب.

(Deci. Edward ; L .Ryan ; Richard. M ,1985,p10)

### 34.6. تقنية العلاج النفسي المتمركز حول العميل:

تمثل العلاقة الفريدة بين المفحوص والمعالج مركبة أو وسيلة لتحقيق العلاج، وقد بدأت بعض المواضيع الفكرية ذات الصلة بالعلاج النفسي في الظهور خلال عقد (1950) اعتمادا على أعمال "كارل روجرز وأبراهام ماسلو"، والتسلسل الهرمي للاحتياجات البشرية، وقد جلب روجرز العلاج النفسي المتمركز حول الشخص إلى الانتباه العام، وكانت هناك متطلبات أساسية للعلاج بأن يستلم "العميل، المريض أو المفحوص" ثلاثة

"حالات" أساسية من مستشاره أو معالجه: "التقدير الإيجابي غير المشروط ويوصف أحيانا بـ" تامين أو تقدير" إنسانية العميل، والتزامن أو التعاون بين المعالج والمفحوص، والفهم التعاطفي للمفحوص، وكان يُعتقد أن هذا النوع من التفاعل سيُمكن العميل من الوصف والتعبير الكامل عن نفسه، وبالتالي يتطور وفقا لقدراته الفطرية".

(كريستين نصار، 1998، ص 66)

وتشير "روبرت قرين Roberta Greene" (1991): إلى أن العلاج المتمركز حول العميل يركز على الأطر النظرية الأساسية التالية:

1. الإيمان بقيمة الإنسان وأنه يمتلك القدرات والإمكانات والقدرة على استثمارها من خلال عملية الاستثمار الذاتي.
2. عملية الاستثمار الذاتي: "وهي القدرة على توظيف الطاقات الكامنة في الوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي"، هي عملية مستمرة مدى الحياة.
3. الإنسان يستطيع أن يحقق النمو النفسي والاجتماعي متى ما توفر المناخ الإيجابي الذي يساعده على ذلك.
4. الاحترام والتعاطف والعلاقة المهنية: "هي مقومات العملية العلاجية، ومتى ما توفرت أنشأت حالة من الاستقرار تساهم في دفع عملية العلاج نحو تحقيق أهدافها".
5. دور الأخصائي الاجتماعي: "هو دور المساعد وليس الأساسي في العملية العلاجية ويقع على عاتقه توفير الاحترام والتقدير".

6. التركيز على الموقف الحالي: " والآني وما يرتبط به من مشاعر وسلوك يحضرها العميل للعملية العلاجية".

7. الوصول إلى معرفة العميل لذاته: " هو الهدف النهائي للعلاج فإذا ما تحقق ذلك أصبح العميل قادراً على التمتع بالاستقلال في الشخصية والتكامل في وظائفها".

(Cain, D. J. 1988,pp 353-390)

تؤكد مدرسة العلاج المتمركز حول العميل على أن المفحوص هو مركز العملية العلاجية وليس المعالج، حيث أنها تؤمن أن كل إنسان لديه القدرة الكامنة على التعامل مع مشكلاته واستخراج الموارد الكامنة في نفسه لإزالة الأسباب المعوقة لنموه الشخصي، فالتحلي بالاحترام الإيجابي غير المشروط والصدق والمشاركة الوجدانية في العلاج المتمركز حول العميل على فهم المفحوص والمشكلات التي يعاني منها يساهم في نجاحها العملية العلاجية.

### خلاصة:

تم عرض مجموعة من التقنيات العلاجية المهمة في العلاج المعرفي السلوكي، والتي يمكن لكل مختص نفسي أن يعتمد عليها، بعد القيام بالتشخيص الدقيق للحالة التي يعالجها، فقدرة المعالج على اكتشاف الجيد لمتطلبات مريضه، تؤهله لاقتراح العلاج المناسب له وفي وقت قصير جداً، مما يساهم في حالة الاتزان النفسي عند المفحوص، ويزيد من نسبة الثقة في عمل الأخصائي النفسي الذي يبذل قصار جهده من أجل تحقيق أهداف العملية العلاجية، وارتئينا الى وضع بقية التقنيات في محاضرات لأهمية تفاصيلها.

## المحاضرة 14: العلاج بتقنية الاسترخاء "Relaxation".

### تمهيد:

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر، وهي في تزايد يوما بعد يوم، مما يجعلها تمثل حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية والعقلية عند الأفراد، وخاصة مع تزايد مطالب الحياة وكذا تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر، فكل فرد متوتر أكثر عرضة للقيام بسلوكيات غير مرغوبة، بل قد تسبب له مشاعر سلبية مثل: "القلق، التوتر"، وهنا نجد أن تقنية الاسترخاء عامل عضلي نفسي ضروري يعمل على خفض التوتر، لأن الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها ارتباط بعملية تقلص العضلات التي ترافقها بشدة، بمعنى آخر إن هناك علاقة بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لحالته الانفعالية، فإذا زال التوتر العضلي تزول عن الفرد حالة التوتر النفسي الوجداني، فاستخدام تقنية الاسترخاء العضلي كأسلوب علاجي يعطي للعميل تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسي، ويوضح له أن ذلك الاسترخاء من أهم الأساليب العلاجية التي تؤدي إلى خفض التوتر والقلق النفسي، كما أشار إليها العديد من العلماء والباحثين في هذا المجال، ومما يجب ذكره للعميل: "أن تدريبات الاسترخاء التي يتدرب عليها المفحوص ما هي إلا وسيلة لتنمية قدرته على التحكم في الذات والتخلص السريع من الانفعالات والقلق النفسي". وهذا النوع من الاسترخاء يحقق استرخاء لمختلف العضلات بعد إدراك شعوري من العميل بمدى التوتر العضلي الذي يتحقق عن طريق استخدام أجهزة التغذية الراجعة البيولوجية "Biofeedback" التي تبصر المفحوص أو العميل بمدى توتره العضلي.

## 1. تعريف بالتقنية الاسترخاء:

ويعتبر عالم النفس الأمريكي "جاكوبسون Jacobsen" من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق، وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الفرد متوترًا جسديًا ومسترخيًا نفسيًا في آن واحد.

(حسام. الدين عزب، 1981، ص111)

ومن المفيد في إنجاح هذه تقنية الاسترخاء أن يحاول الفرد أثناء اكتساب القدرة على التركيز والإيحاء أيضًا إن كان يستخدم شريطًا مسجلًا للاسترخاء التصاعدي، أو إن كان يمارس التدريب بمعاونة المعالج، فيتم بذلك تدريب التفكير على التركيز في عملية الشد والإرخاء، فإذا لاحظ الشخص أن تشتتا ما يعتري انتباهه وأفكاره، فإنه ينصحُه لا بمقاومة هذه المشتتات وإنما فقط بتجاهلها وإعادة تركيزه إراديا إلى الإحساس بالجسد أو العضلات، أو إلى التركيز في صوت الشريط أو المعالج، ومن الممكن أيضًا أن تستخدم ملكة التخيل للمساعدة على تحقيق أكبر قدر من الاسترخاء في أقصر وقتٍ ممكن، فيستطيع الفرد من خلال خلق صورٍ ذهنيةٍ للحظات حياته التي كان يعيشها بمشاعر

هادئة ورياضية أن يحقق أكبر قدرٍ من القضاء على التوتر. وعندما يتعلق الأمر بتدريبات الاسترخاء في حالات المشكلات المتعلقة بصورة الجسد فإن للتخيل وظيفةً أخرى، فبعد أن يتقن الشخصُ تدريبات الاسترخاء وتصبح عمليةً سهلةً بالنسبة له، يبدأ المعالجُ في إرشاده إلى كيفية التدريب التدريجي من خلال التخيل أولاً على التعرض للمواقف التي يكونُ جسدهُ فيها مغرّياً بشكلٍ أو بآخر للآخرين. فعلى سبيل المثال هناك من يجمعون عن ممارسة الرياضة نظراً لخلجهم من هيئة أجسادهم، وهنا يرشدُ المعالجُ الشخص إلى أن يبدأ في تخيل نفسه في ذلك الموقف بعد أن يحدث حالة الاسترخاء التي تعود على إحداثها والدخول فيها بنفسه، ومن الممكن أيضاً تدريبُ المواقف المتخيلة من الأسهل للأصعب بحيث لا ينتقلُ الشخص من مرحلةٍ إلى المرحلة التي تليها إلا بعد إتقان المرحلة الأولى تماماً، فهنا يستغلُ المعالجُ أو يعلمُ الشخص أن يستغلَّ حالة الهدوء التي يحدثها في نفسه في مساعدته على مواجهة ما يخشى مواجهته، وعندما يتقنُ الشخص كل المراحل المطلوبة من خلال التخيل ينتقلُ بعد ذلك إلى أداء نفس المواقف في الحياة الواقعية. (Polonsky , W.H. 2001, p10)

فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر والقلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الفرد على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل، ومن ثم التفاعل مع الحدث بطريقة إيجابية. (بشير، الرشيدى، وراشد، على، 2000، ص ص 300-302)

ترجعُ الدراسة المنظمة للاسترخاء إلى كتاب الاسترخاء التصاعدي "Jacobson" (1964) لمؤلفه "جاكسون"، حيثُ بينَ الكاتب أن استخدام طرق الاسترخاء يمكنُ أن يؤدي إلى الكثير من التحسن في العديد من الاضطرابات النفسية والضغط الحياتية

المختلفة ومنها "القلق والاكتئاب"، تحسين اللياقة الصحية البدنية والنفسية"، وتلاه بعد ذلك الكثيرون من المعالجين السلوكيين في استخدام وتطوير أساليب تدريبات الاسترخاء، فأصبح يستخدم كطريقة لمساعدة الشخص على اكتساب الهدوء إزاء المواقف التي قد تكون مصدرًا للإثارة الانفعالية لديه "كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات الشخصية عند الترشح لعمل ما على سبيل المثال"، واكتساب الأفراد الذين يعانون من عدم الرضا عن صورة أجسادهم لمهارة القدرة على الاسترخاء ستجعل قدرتهم على مواجهة المواقف التي يتجنبونها أكبر بكثير. (Jacobson , E. 1964, p110)

لعل القارئ لقانون "ابن سينا" ولغيره من علماء العرب والمسلمين القدماء يجد العديد من الإشارات إلى أهمية الراحة والاسترخاء بالصلاة والانعزال المؤقت ابتعادًا عن الضجيج، كطريق للصحة النفسية والبدنية على حد سواء. (إبراهيم، عبد الستار، 1998، ص 238)

## 2. طرق تطبيق تقنية الاسترخاء:

يتم التدريب على تقنية الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة، وتكون بعيدة عن الضوضاء الخارجية، ومن الأفضل أن تشتمل الغرفة على أريكة، حتى يمكن تسيير الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها، فإذا لم توجد الأريكة يمكن استخدام كرسي كبير ومريح، وفي المعتاد أن يستغرق التدريب على الاسترخاء من جلستين إلى ثلاث جلسات، كما يمكن لمعالج أثناء التدريب أن يستعمل بعض الكلمات المشجعة والمساعدة مثل: "خذ نفسا عميقا، احتفظ بعضلاتك مسترخية، لاحظ كيف تحس الآن أن عضلاتك دافئة وثقيلة ومسترخية. وفي ما يلي عرض مفصل لهذه التمارين:

## التمرين الأول: تدريبات التنفس.

تدريب على التنفس العميق من أهم مراحل الاسترخاء، فيجب أن يقوم به المفحوص وبطريقة جيدة هو التركيز على أخذ نفس بطيء وبشكل عميق حتى تنتفخ البطن جيداً، ثم تقوم بحبسه قليلاً لمدة 5 ثواني فما أكثر، كل فرد حسب قدرته وتدريبه على عملية التنفس ثم يقوم بإخراج ثاني أوكسيد الكربون من الفم حتى تنكمش البطن كلها، وهكذا نقوم بهذه العملية 3 وأكثر حسب الحاجة لكل مريض، فالتنفس العميق يساعد في التخلص من التوتر، القلق، الخوف والغضب. كما أن الفرد عندما يتنفس بشكل عميق فإن الأوكسجين يدخل إلى الدماغ بشكل كبير، مما يقلل من افراز هرمون الادرينالين خاص بالقلق والتوتر لذلك يجب التنفس بغرض الاسترخاء وتخليص الجسم من المشاعر السلبية ويساعد على التفكير الجيد. وهو وسيلة ممتازة للتخلص من السموم المتراكمة في جسمك وتحسين عملية الهضم وتنظيم ضربات القلب، ويقوم بتحسين الوظائف النفسية والتخلص من الشعور بالغضب، الخوف، القلق، وأثر المشاكل العاطفية، واستبدالها بالراحة والاسترخاء، إذن يأخذ المفحوص نفساً عميقاً "شهيقتاً" وأحبسه لمدة ثانية واحدة، الشهيقت الكامل يؤدي الشعور بالتوتر. ثم أطلق النفس "التنفس" تدريجياً "الزفير" أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد "3، 2، 1"، الزفير، يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء وإزالة حالة التوتر، ثم حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.

## التمرين الثاني: تدريبات الذراعين.

استرخ إلى أقصى درجة ممكنة، ثم أغمض عينيك "لحظة صمت" وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص. ثم أقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة "لحظة صمت" لاحظ أن عضلات يدك اليمنى وعضلات مقدمة الذراع اليمنى تنقبض وتتوتر، ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط. حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. ثم افتح يدك اليمنى وأرخها تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد"، حتى يصل إلى حالة استرخاء تام، لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر، وما هي عليه الآن من استرخاء، واستمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت "عشر ثوان صمت"، كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد. لنتجه الآن لليد اليسرى، أغلق الآن يدك اليسرى بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة، ولاحظ أن عضلات يدك اليسرى وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، الان افتح يدك اليسرى وأرخها تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد"، حتى يصل إلى حالة استرخاء تام، لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر، وما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت. كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد، الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين: "اثن راحتك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد، لاحظ هذا التوتر، الآن استرخ وعد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء، كرر هذا التدريب مرة أخرى، الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، وانتقل إلى

عضلة الذراع اليمنى واثني كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن، شد العضلات بقوة أكبر، وركز على الإحساس بالشد، افرد ذراعك الأيمن وأرخيه تماماً، لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن. كرر هذا التمرين مرة أخرى، ننتقل بعدها للذراع الأيسر: " اثنى كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر، شد العضلات بقوة أكبر وركز على التوتر والشد. افرد ذراعك الأيسر وأرخيه تماماً. لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن، الآن اترك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر لمدة عشر ثوان.

### التمرين الثالث: تدريبات الرجلين.

استرخ إلى أقصى درجة ممكنة، أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر المستشار في منطقة الفخذ، الآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان، لاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين، وما هما عليه الآن من وضع مريح، اجذب قدمك اليمنى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن، حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد، أرخ عضلات رجلك اليمنى تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد" حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل، لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟. استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان، كرر نفس التمرين مع رجلك اليسرى بحيث تبدأ بالآتي: "حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد، أرخ عضلات رجلك اليسرى تدريجياً "أثناء العد

تنازلياً من خمسة إلى واحد" حتى تصل إلى حالة استرخاء ولاحظ كيف تشعر وعضلات  
رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟، استمتع  
بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

### التمرين الرابع: عضلات الكتفي.

الآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين: ارفع كتفك إلى أقصى نقطة تستطيعها  
باتجاه الأذنين، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان مع التركيز على حالة الشد  
العضلي والتوتر في هذه المنطقة، أرخ عضلات الكتفين تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من  
خمسة إلى واحد"، لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الكتفين، وهل  
يوجد فرق؟، استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان، كرر ذلك مرة  
ثانية.

### التمرين الخامس: عضلات الوجه

**عضلات الجبهة:** الآن أرجو أن تعطي اهتماماً خاصاً للجبهة، حاول أن تشد عضلات  
جبهتك عن طريق النظر إلى أعلى بأقصى ما تستطيع، حاول أن تتعرف على مكان  
الشد في هذه الأثناء. هل تشعر بالتوتر في منطقة الجبهة؟، أرخ عضلات جبهتك تدريجياً  
"أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد". لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة  
عشر ثوان.

**عضلات العينين:** أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعر بوجود توتر يحيط بالعضلات  
بالمحيطة بالعينين، حاول أن تركز اهتمامك على منطقة العينين، هل تشعر بالتوتر في

منطقة العينين؟، افتح عينيك تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد"، لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة العينين. هل يوجد فرق؟، استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

**عضلات الفكين:** أطبق فكك بإحكام كما لو أنك تعض على شيء بقوة، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الفكين؟، أرخ عضلات فكك تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد". لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الفكين، لاحظ فرق؟، استمتع بالفرق لمدة عشر ثوان.

### التمرين السادس: عضلة الرقبة.

ادفع برأسك إلى الخلف بشدة كما لو أنك تريد أن تشاهد شيئاً خلفك بشكل مقلوب مع المحافظة على استقامة الظهر، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرقبة؟، ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد". لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الرقبة، هل يوجد فرق؟، كرر الحركة السابقة للرقبة في الاتجاهات الأخرى "أمام، يمين، يسار"، بعد استكمال دفع الرقبة بالاتجاهات الأربعة وشعورك بالتوتر، حاول الآن الاستمتاع بحالة الاسترخاء.

### التمرين السابع: عضلات الصدر.

حاول أن تطبق كتفك بقوة إلى الأمام كأنك تريد أن يتلامسا في منتصف الصدر. حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟، ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد". لاحظ الفرق بين حالي

الشد والاسترخاء في منطقة الصدر، هل يوجد فرق؟، استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

### التمرين الثامن: عضلات الظهر.

حاول أن تجذب كوعيك إلى الخلف بقوة كأنك تريد أن يتلامسا وراء ظهرك، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟، ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد". حاول أن تقوس ظهرك إلى الأمام كما لو أنك تريد أن تلتصق رأسك ببطنك، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟. لاحظ الفرق بين حالي الشد والتوتر، هل يوجد فرق؟، استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن، خذ نفساً عميقاً "شهيقاً" وامسكه لمدة خمس ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن، إن التوتر سوف ينتشر في معظم الأعضاء التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء. أطلق النفس تدريجياً "زفير" واسترخ مع الاستقرار في تنفسك العادي.

### التمرين التاسع: عضلات البطن.

تعتبر عضلات البطن من العضلات التي يواجه فيها بعض المعالجين إجهاداً مضاعفاً خاصة عند كبار السن والنساء الذين تكون عندهم عضلات البطن في حالة ترهلات كبيرة، حيث يكون من الصعب عليهم ضغط عضلات المعدة "Stomach Muscles"، وشد منطقة البطن، ولتمرين هذه العضلات يوجه المعالج إلى العميل التعليمات الآتية: حاول أن تشد بطنك إلى الداخل بقوة، حافظ على الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر

بالتوتر في منطقة البطن؟، أرخ عضلات بطنك تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد"، لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها الآن، خذ نفساً عميقاً "شهيقاً" وامسكه لمدة عشر ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن، إن التوتر سوف ينتشر في معظم أنحاء جسدك التي حصلت على تدريبات الاسترخاء. أطلق النفس الآن "زفير" تدريجياً وحاول أن تستمر في تنفسك العادي.

### التمرين العاشر: عضلات القدمين.

قم بمد ساقك الأيمن مع أصابع القدم بقدر ما تستطيع من قوة حتى تشعر بالتوتر والإجهاد في منطقة الساق والخذ، أرخ عضلات ساقك الأيمن مع أصابع القدم تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد"، لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء، اجذب قدمك اليمنى باتجاهك بقدر ما تستطيع، حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرجل اليمنى؟، أرخ عضلات الرجل اليمنى تدريجياً "أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد"، لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟، كرر نفس التدريب مع رجلك اليسرى، كرر نفس التدريب للرجلين مع بعض، استمتع بحالة الاسترخاء التي تحصل عليها بعد الانتهاء من تكرار التدريب.

وأخيراً بعد أن قمت بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاول أن تجري جميع التدريبات الآن، مع التركيز على الفرق بين حالي الشد والاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين. كذلك حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات، قد تواجهك بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر

معتاد، ويجب أن لا يقلقك بل حاول تكرار التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين وتستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة وإلا لن تحصل على نتائج إيجابية من تدريباتك على الاسترخاء.

### 3. استعمالات تقنية الاسترخاء:

تقنية الاسترخاء تعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية، وما ينشأ من قلق، مخاوف، تشتت أو تزامح في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية وفسولوجية مثل: "العمليات الجراحية، ضغط الدم، السكري، قرحة المعدة وأمراض القلب، بل أن بعض العلماء يرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط، ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحله مبكرة جداً. من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئته الفرد، ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً هي برامج العلاج التي طورها "جاكوبسون"، (مُجَّد، محروس الشناوي ومُجَّد، السيد عبد الرحمن، 1998، ص83)

#### خلاصة:

كما أن مواجهة الفرد لتلك المواقف وهم في حالة الاسترخاء سيقبل جدا من الأفكار السلبية التأثير التي عادة ما تهاجمهم ولا يستطيعون مقاومتها وهم في حالة التوتر، فمن الممكن للمدرب على الاسترخاء أن يسترخي في جميع المواقف التي يريد الاسترخاء فيها حتى وهو يقود سيارته مثلاً، لأن الاسترخاء لا يشترط فيه أن يكون كلياً، بمعنى أن بعض العضلات التي لا نستخدمها في موقفٍ أو نشاطٍ معينٍ يمكن أن يبقيا الشخص في حالة استرخاء، وهذا ما يساعده كثيراً في التقليل من مستوى توتره في ذلك الموقف.

## المحاضرة 15: تقنية العلاج الأسري.

### تمهيد:

إن ظهور العلاج الأسري أحدث تطورًا هائلًا في ممارسة الخدمة الاجتماعية، إلا أنه تولّد عنه بعض الانتقادات التي وجهت لنظرية الخدمة الاجتماعية وممارستها، مثل ما حدث تمامًا بالنسبة لحركة التحليل النفسي، حيث حول بشدة اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين للتركيز على العمليات النفسية الداخلية، أكثر من تركيز الاهتمام على العوامل الدينامية الأخرى، والتي لها علاقة بطبيعة المشكلة وعلى الرغم من اعتراف المعالجين الأسريين بأهمية أداء الفرد داخل الأسرة إلا أنهم لم يرحبوا بفكرة العلاقات العلاجية المنفردة في ضوء استخدامهم للعلاج الأسري، مما ساعد على ضعف العلاقة بين المداخل الأسرية والمداخل الفردية.

### 1. تعريف العلاج الأسري :

العلاج الأسري عرفه " فرج عبد القادر طه " : " بأنه أسلوب منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعّالة في العلاقات الأسرية أو الزوجية المضطربة غير الصحي، وذلك من خلال عمليات تفاعل صحي بين أفراد الأسرة وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين جميع أفراد الأسرة بحيث يتحقق أفضل صور التفاعل الإيجابي، وتختزل بذلك مواقف الصراع والتصادم، كما أن موقف العلاج الأسري دائمًا تفاعلي ووحدة متكاملة، ولا يكون المدخل إلا مدخلًا جمعيًا ، أي أنه موقف لا بد من أن يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة وبدرجات متفاوتة

وفقًا لموقع وأهمية كل فرد فيها، فالعلاج الأسري أحد اتجاهات الممارسة الحديثة في طريقة العمل مع الحالات الفردية ويهدف إلى تغيير بعض عناصر نسق العلاقات الأسرية ذات التأثير السلبي على قيام الأسرة وأعضائها بوظائفهم. فالعلاج الأسري أو العلاج الجمعي هو ذلك العمل الذي يقوم به المعالج مع الأزواج والعائلات، كما أنه يركز على العلاقات الأسرية باعتبارها عاملاً مهماً في مجال الصحة النفسية. ويهتم هذا العلاج النفسي كثيراً بالعلاقات وأساليب التفاعل بين الأشخاص ولا سيما ملاحظة كيف أن التغيير الذي يطرأ على أحد الأفراد سوف يؤثر على المجموعة بأكملها. ويتم توجيه العلاج الأسري هنا لمعظم أفراد المجموعة كلما أمكن ذلك. ويمكن أن تشمل أهداف العلاج الأسري في هذه الحالات تعزيز التواصل بين أفراد المجموعة، وترسيخ الدور الصحي وسماع أفراد المجموعة وهم يعبرون عن مشاعرهم ومشكلاتهم ومناقشة السلوكيات والتحديات والمشكلات المشتركة فيما بينهم. ومن أشهر علماء النفس المساهمين في مجال العلاج الأسري "جون جوتمان وجاي هالي وسو جونسون وفرجينيا ساتير". (Bitter, J. & Corey. G, 2001)

اذن العلاج الأسري هو أسلوب مخطط يركز على التدخل في نواحي سوء التكيف الأسري، وهو يهدف إلى تحسين التوظيف الدينامي للأسرة كوحدة كلية، ويعتبر استخدام أشكال الجلسات الأسرية هي الوسيلة العلاجية الأساسية فيه وهذا لا يمنع من استخدام المقابلات الفردية أو الجماعية إذا تطلب الأمر ذلك.

### 3. أهداف العلاج الأسري:

1. إحداث تغيرات في بيئة صاحب المشكلة هو الذي تقدم بالمشكلة مستخدماً التأثير على مناطق الضغط الأسري خاصة تلك التي يفرضها أي فرد من أفراد النسق الأسري،

كما أنه يهدف إلى زيادة إشباع غالبية احتياجات أعضاء الأسرة، ومساعدتهم على تناول مشكلاتهم بطريقة بناءة.

2. المحافظة على التجانس الداخلي للأسرة في ديناميتها وتفاعلها الدائم مع المحيط الخارجي في تغير مستمر حسب المستجدات الخارجية وحسب نمو أفرادها، فعندما يهتز التجانس الأسري يبذل مختلف الأفراد الكثير من الطاقة للمحافظة عليه.

(V. Satir, 1982,p14)

3. العمل على وضع حدود مناسبة لاحتياجات الأسرة وتحقيق التوازن فيها، والقدرة على جعل الأسرة تتغير من حيث تنظيمها ومكانة أفرادها للتكيف مع وضعية جديدة، حيث أن فقدان أحد الأفراد يعيد تنظيم كل النسق، فتتغير المكانة والعلاقات وكل فرد عليه اتخاذ مكانة جديدة وفقا للآخرين، هذا التغير ينشئ نسق جديد متكيف مع الواقع الجديد. (Picard, D, 1998, p69)

5. مساعدة الأسرة على رفع مستوى الأداء الاجتماعي وأداء وظائفها بشكل أفضل.

6. مساعدة على تساوي الأعراض مع الغايات في حالة تصلب النسق، ومقاومته للتغير تظهر الأعراض التي تؤدي وظيفة المحافظة على التجانس، فالأزمات الأسرية تتناسب مع عدم قدرة النسق المتصلب على استدخال التغير. (Marc.E ; Picard .D,1989,p196)

7. فهذه الطاقة داخل النسق بفعل الاضطرابات العلائقية قد تصبح سلبية وتؤثر على الطفل فتظهر عليه الأعراض وبالتالي يجسد الطفل معاناة الجماعة الأسرية.

(Scelle,R,1997 , p52)

8 . فهم وتفسير الأعراض التي تظهر عند الطفل و التي قد يكون الآباء مصدرها.

(Mannoni, M,1964, p79)

تختلف أهداف العلاج الأسري من أسرة لأخرى، حسب نوع التغير المطلوب لذلك يجب أن يسئل المعالج الأسري كل فرد فيها عن ما يتمناه من تغيرات، وعليه أن يناقش هذه التغيرات حتى يصل إلى ما يحقق التوازن السليم الذي يحقق إشباع احتياجات أعضائها.

#### 4. مراحل العلاج الاسري:

العملية العلاجية تتطلب ثلاثة مراحل مهما كان مستوى الاضطراب ومدى انتشاره:

**1.4. المرحلة الأولى:** يتم فيها تحديد الأعراض والتعرف على الاضطرابات الدافعة لها، وتوضيح طبيعة العلاقات، الاتصالات وثقافة الحياة الأسرية. ثم يحاول الأخصائي النفسي في هذه المرحلة جذب أفراد الأسرة للمساهمة في العلاج، وتشمل هذه المرحلة المهام الآتية:

1. الاجتماع الأول ينطوي على مقابلة الجماعية، فيها يقوم بتعريف نفسه للأسرة، ويلاحظ في نفس الوقت هذه الأسرة من حيث: " تقدمها للجلوس في أماكن محددة، فيكتشف دور كل فرد منها "القائد والتابع ..الخ"، وكيفية عرض المشكلة، وتنتهي هذه المهمة بأنه يضع القواعد الأساسية للمقابلات اللاحقة.

2. عرض المشكلة في هذا المجال يسئل الأخصائي عن ما هي المشكلات، وماذا تريد الأسرة، وفيها يعرض جوانب الاختلاف وكيفية إدارة الحوار، عليه حينها أن يلاحظ

التفاعل بين أفراد الأسرة، وفي هذا يحاول الأخصائي أن يعيد صياغة المشكلة على أنها تخص الأسرة وليس الفرد صاحب المشكلة فقط.

3. التفاعل أو وضع القواعد: " ويعني ذلك أن الأخصائي يحاول أن يُدخل كل أفراد الأسرة في الحديث، ليعرف كيف يتفاعل مع كل منهم، فبالرغم من أن كل فرد له شخصيته متفردة إلا أنه أثناء الاجتماع مع الأسرة يضبط سلوكه، وملاحظة الأخصائي لهذا التفاعل تساعد على تصور طرق بديلة للتفاعل عند تفكيره في الحل، ويحاول الأخصائي أثناء التفاعل أن يوسع بثورة الاهتمام، فبدلاً من أن تركز الأسرة على الفرد صاحب المشكلة، يحاول هو أن يوسع تعريفهم للمشكلة، بحيث يرى لكل منهم دوره في موقف الأسرة الحالي ويوضح كيف يساهم في استمرار الوضع، مما يساعد على سهولة جمع المعلومات ووضع قواعد جديدة لتناول مشكلات الأسرة ورؤية حقيقة الأسرة.

وفي نهاية هذه الجلسة أو الجلسات الأولى يحدد ما هو التغيير المطلوب، أي أنه يسئل أفراد الأسرة عما تريده الأسرة من العلاج ومحاولته تشكيل أهداف العلاج لتحقيقها.

**2.4. المرحلة الثانية:** هي أصعب وأهم مرحلة، حيث يتوقف عليها إما نجاح أو فشل العملية العلاجية، وهي عملية التوعية التي يتم من خلالها تفسير الأعراض، وربط الاضطراب بأسباب الأعراض، كما يتم خلالها التحضير النفسي للأفراد ودفعهم نحو الشعور بالرغبة في التغيير وتغيير الآخر. تمثل هذه المرحلة جوهر العلاج الأسري، حيث يتفق المعالج مع الأسرة على القيام بزيارتهم بانتظام مرة كل أسبوع وتتراوح مدة الزيارة من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً، وفي هذه المرحلة قد يواجه المعالج بعض المقاومة من بعض أفراد الأسرة في كشف أسرارها وإظهار مواطن ضعفها فيها، وقد تأخذ هذه المقاومة

شكلاً شعورياً أو لا شعورياً. ويركز المعالج هنا على التفاعلات بين أعضاء الأسرة والوقوف على خبرات كل فرد في الأسرة، ونظرة كل فرد في الآخر حتى يتمكن من معرفة ألوان الضغط ومواطن الصراع ، ويحرص على ألا يقابل أحداً من أفراد الأسرة سراً ، ولا ينظم تكتلات أو تحيزات داخل الأسرة، وأن يحرص أثناء الجلسات على مساعدة الأسرة في تغيير نمط العلاقات والتجمعات الهدامة داخل الأسرة .

**3.4. المرحلة الثالثة:** مرحلة العلاج الواعي وفيه يتم الاشتراك مع الأفراد قصد التغيير تدريجياً، حسب طبيعة الحياة الأسرية وطبيعة الاضطراب. يتم فيها متابعة التغيرات ونتائجها ثم العمل على تعميمها على كل أفراد الأسرة وفي كل المجالات، كما يتم تكيف وتوحيد الجهود وتدعيم الثبات على الإيجابيات، يستغرق العلاج الأسري كما يرى "بالBell" من 8-20 جلسة، ولا ينهي المعالج تدخله إلا بعد التأكد من أن الأسرة قد أصبحت قادرة على حل صراعاتها، وأن في مقدورها قيادة نفسها بنجاح، وأنها تستطيع أداء وظائفها الاجتماعية بالشكل المطلوب، ويتفق معظم الأخصائيين النفسانيين الذين مارسوا العلاج الفردي والعلاج الأسري على أن العلاج الأسري عادة ما ينتهي بيسر وسهولة مقارنة بالعلاج الفردي، حيث أن الأسرة قد اعتادت من خلال الجلسات الأسرية أن تعتمد على نفسها في حل مشاكل العلاقات فيها، وفي نهاية العلاج الأسري يجب أن يقوم الأخصائي النفسي بجهود تدعيم الأسرة أو زيادة فاعليتها للإبقاء على التغييرات والمكاسب التي تحققت مع ضمان الاستمرار في عملية التغيير كلما لزم الأمر .

(Les relations familiales, le handicap et le traitement familial , pp 11-28)

## خلاصة:

العلاج الأسري هو عملية يقوم بها المعالج لمعالجة المشكلات الأسرية، حيث يتعامل مع أفراد الأسرة الواحدة كجماعة أو كوحدة من خلال التعرف على طبيعة العلاقات الاجتماعية التي تجمع بين أفراد أو أعضاء هذه الخلية الأسرية، وكذلك طرق الاتصال بينهم " صورته وأنماطه"، والتعرف على الدور والمكانات داخل الأسرة، وهناك الكثير من الحالات تتطلب التعرف على تاريخ الأسرة والتركيز هنا يكون كنظام موحد، وأنماط العلاقات والاتصالات بين أفرادها.

## المحاضرة 16: العلاج الزوجي.

### تمهيد:

تثير التفاعلات الزوجية الإيجابية مشاعر الدودة، الحب، الألفة بين الزوجين، والتي تنمي التوافق الزوجي، الرضا، السعادة الزوجية، كما تثير التفاعلات الزوجية السلبية مشاعر العدائية، النفور، اليأس بين الزوجين، ومن ثم تنشأ بينهم الاختلالات الزوجية، ويظهر الكرب والانفصال العاطفي وغيرها من العلاقات الزوجية المضطربة التي تؤثر على الزوجين وعلى استمرار العلاقة بينهما بالسلب، لهذا تخصص تقنية العلاج الزوجي " Techniques de Thérapie Conjugale " بزوجين فقط المرأة والرجل.

## 1. تعريف تقنية العلاج الزوجي:

هو مدخل علاجي يهدف إلى التقليل من حدة الخلافات الزوجية، من خلال تفعيل جوانب التواصل العاطفي في العلاقة الزوجية، وتدعيم عوامل الارتباط والقبول بين الزوجين. (إكرام، بنت محمد الصالح، 2017، ص ص 98-99)

العلاج الزوجي هو أعمق من الاستشارة النفسية، بحيث يحرص المعالج على دراسة الحالات النفسية لكل من الزوجين على صعيد فردي وجماعي، لكي يتمكن من حل المشاكل النفسية يتفادى مضاعفاتها وتأثيرها على العلاقة الزوجية.

## 2. أهداف تقنية العلاج الزوجي:

1. الحد من الخلافات الزوجية ومساعدة الزوجين على التفاهم والتقارب أكثر.
2. معالجة المشاكل والاضطرابات النفسية الشخصية عند الزوجين مثل مشكل النرجسية.
3. التخفيف من مضاعفاتها على أفراد العائلة على الصعيدين الشخصي والأسري.
4. تفادي خطر الإصابة بالأمراض الجسدية المرتبطة بالاضطرابات النفسية في حال تفاقمها، وتجنب تأثير المضاعفات على نمط حياة الأفراد وحمايتهم من ادمان العلاقة.
5. تعزيز الترابط والتعاون بين الزوجين يساعد في للمشاكل والاضطرابات النفسية والتي تنعكس سلباً على علاقتهما بأطفالهما.
6. تشجع هذه التقنية الأزواج على سرد قصص عن مشكلتهم، بحيث يطلب المعالج من الزوجين وصف إحدى مشاكلهما ثم يساعد كل منهما الآخر على تحديد الأجزاء السلبية من السرد، لذلك يجد الأزواج طرقاً جديدة للتعامل مع مشاكلهم القديمة.

### 3. خطوات تطبيق تقنيات العلاج الزوجي:

طورها العالم "جون جوتمان Jean Gottman"، أستاذ علم النفس في جامعة واشنطن استخدام هذه الطريقة من التقنيات العلاجية لزيادة الحب والمودة بين الأزواج، ويعتمد هذا العلاج على سبعة مبادئ يتم تعديلها وفقاً لاحتياجات وأنماط الأزواج:

1. **وضع خطط الحب:** هذا المبدأ يعلم الأزواج أن يكونوا على دراية مستمرة بالحياة اليومية لبعضهم البعض وأهدافهم وقيمهم وتطلعاتهم وأحلامهم.
2. **التعبير عن الحب والمودة:** من خلال هذا، يتمكن الأزواج من تقدير تفرد بعضهم البعض واختلافاتهم والاستمتاع وتعلم التعايش على الرغم من الاختلافات.
3. **بدلاً من الابتعاد عن بعضكما البعض، اقتربا من بعضكما البعض:** يتم تشجيع الأزواج على الاهتمام المستمر حتى بأكثر الأمور تفاهة التي تبدو مهمة للشريك.
4. **احصل على نظرة إيجابية:** يسمح العلاج الزوجي أو العلاج الزوجي للأزواج برؤية الإيجابيات والنظارات نصف الممتلئة بدلاً من إلقاء اللوم على بعضهم البعض على كل ما يفعلونه. هذا يساعد على بناء الثقة بينهما.
5. **إدارة الصراع:** يتمكن الأزواج من قبول تأثير بعضهم البعض في حياتهم والتحدث عن مشاكلهم، وتحدث عن مختلف الصراعات النفسية التي يعايشونها بأريحية.
6. **اجعل أحلام الحياة تتحقق:** لا يمكن أن تكون أحلامك مختلفة تمامًا عن أحلام زوجك. يساعد الزواج الأزواج على بناء مستقبل مشترك والعمل معاً لتحقيق هذا المستقبل. تساعدك طريقة "جوتمان" على فهم ذلك.

7. لديك رابطة قوية: لا يحدث الرابط القوي بين الأزواج إلا عندما يثري كل منهم حياة الآخر ويساعد كل منهما الآخر في العثور على معنى في الحياة.

### خلاصة:

إن مختلف التدخلات العلاجية مع الأزواج تساعد على تجاهل أخطاء الماضي، والتركز أكثر على الجانب الإيجابي في زوج أو زوجة، قد يطلب المعالج من الزوجين تسجيل اللحظات السعيدة التي مروا بها، ثم يشرح لماذا كانوا سعداء في تلك اللحظات، فيتيح ذلك للزوجين التركيز على اللحظات الإيجابية والاستمتاع بها، ويمكن للأزواج السعي وراء النوايا الإيجابية في السلوك السلبي لشريك الحياة وتفسيرها تفسير إيجابي، وبالتدريج سيكون الزوجين قادرين على الاستماع، وفهم بعضهم البعض، وحل مشكلاتهما الزوجية بكل هدوء.

### المحاضرة 17: تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي.

#### تمهيد:

كانت بداية هذا العلاج تسمى بالعلاج العقلاني " Rational Therapy " ثم أصبحت تسمى بالعلاج العقلاني الانفعالي " Rational – Emotive Therapy " ثم أضيف إليها "السلوكي" ليصبح اسمها بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي "Rational– Emotive– Behavioral Therapy".

(منصور، رشدي فام، 2000، ص147)

وفي عام (1954) بدأ "ألبرت اليس" أسلوبه العلاج العقلي الانفعالي، حين رأى أن الخبرات العصائية المبكرة تستمر دون أن تنطفئ، على الرغم من عدم تعزيزها لأن العصايين يفرزون هذه الخبرات عن طريق التلقين الذاتي لأنفسهم وعن طريق رفضهم للعلاج، لذا لجأ إلى تعليم المرضى كيف يغيرون تفكيرهم ليتفق مع الأسلوب العقلي في حل المشكلات، ووجد أن 90% من الذين عولجوا بهذه الطريقة قد أظهروا تقدماً ملحوظاً في حوالي عشر جلسات فقط، وشم طور "ألبرت اليس" أسلوبه خلال سلسلة من المقالات، وفي كتابه "العقل والانفعال في العلاج النفسي"، كما قدم أيضاً كتاب "الحالة على طريقة العلاج العقلي الانفعالي". (باترسون، س-ه، 1992، ص ص 173-175)

## 1. تعريف العلاج العقلاني الانفعالي:

تقنية العلاج العقلاني الانفعالي هي أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية، وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (سرى، أجالل مُجَّد، 2000، ص 171)

ويرى "ألبرت إليس" أن الإنسان يولد ولديه الاستعداد للتصرف بالطريقتين العقلانية واللاعقلانية، كما يرى بأن العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر الطرق العلاجية الإنسانية، فهو يرى بأن الإنسان يمكن أن يقبل نفسه تماماً فقط لأنه موجود، وأن الإنسان قادر على أن يبتكر أهدافه بنفسه. (الزيود، نادر فهمي، 1998، ص ص 254-258)

فإنسان كان يتمتع بالقدرة على التفكير بشكل عقلي وهو يغفل ذلك في بعض الحالات، مما يؤدي إلى شعوره بالكفاءة والسعادة، إلا أن الإنسان يفكر في كثير من الحالات بطريقة غير عقلية مما يؤدي إلى شعوره بالنقص والانزعاج.

(حمدي، عبد القادر وصابر سعدي أبو طالب، 1998، ص 228)

إذن العلاج العقلاني الانفعالي يدرّب الفرد على إدارة الاستجابة العاطفية للأفكار غير المنطقية بشكل عقلاي يتناسب مع متطلبات المجتمع والمحيطين به.

## 2. مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي:

1. التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة، وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.

2. يكون الإنسان عقلاني أو غير عقلاني أحياناً، وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيداً، وحين يفكر ويسلك بطريقة غير عقلانية يكون غير سعيد.

(سرى، أجمال مُجّد، 2000، ص 171)

3. إن الاضطرابات النفسية ناتجة عن التفكير غير العقلاني، وأن الأفكار والعواطف ليست منفصلة عن بعضها البعض في كل الحالات.

4. إن التفكير غير العقلاني ينشأ من خلال التعلم المبكر في سن الطفولة، فالأسرة بنظامها الفكري ومعتقداتها اللاعقلانية مسئولة عن ذلك التفكير اللاعقلاني.

5. إن التفكير يحدث من خلال استخدام الألفاظ وإن التفكير غير المنطقي يستمر باستمرار التفكير غير العقلاني. (عبد الهادي، جودت عزت وسعيد، حسني العزة، 1999، ص 48)

6. يجوز مهاجمة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى تحقير الذات، وبالتالي تتسبب في الاضطرابات النفسية للفرد، وإعادة البناء المعرفي للفرد نتيجة مهاجمة تلك الأفكار يصبح تفكير الفرد أكثر عقلانية ومنطقية.

7. تستمر الاضطرابات الانفعالية لدى الشخص طالما استمرت حالة التفكير غير العقلاني لديه. (الفحل، نبيل مُجَّد، 2009، ص 128)

### 3. فنيات العلاج العقلاني الانفعالية:

#### 3.1. التخيلات العقلية والانفعالية:

ويستخدم بطريقتين: أولاً التخيلات السلبية بحيث يتخيل المفحوص نفسه يشعر شعوراً سلبياً وغير ملائم كرد فعل لموقف معين، ثم يرى نفسه يغير هذه المشاعر إلى مشاعر إيجابية، مثل الندم والعزم على تغيير السلوك. ثانياً: التخيلات الإيجابية وهي أن يتخيل المفحوص موقف غير سار ويركز على الأفكار التي تبني عليه مشاعره، ثم يناقش هذه الأفكار ويركز على شعوره بعد تركها وتبديلها بأفكار عقلانية.

3.2. القبول غير المشروط: وهو تعليم المفحوص وبصورة مباشرة على قبول نفسه كما هي، بما فيها من إيجابيات وسلبيات.

3.3. التمارين المهاجمة للخجل: وهي فنية عاطفية وسلوكية في نفس الوقت، ويرى "ألبرت إليس" أن أحد أركان الاضطرابات العاطفية هو الخجل ولوم النفس، وهنا يطلب

المعالج من المفحوص أن يتصرف بطريقة يشعر معها بالخجل والخزي، وبتنفيذه يكتشف المفحوص أن تصرفاته ليست محل اهتمام الآخرين لذا لا داعي للخجل منها.

**4.3. لعب الدور:** ويتضمن العنصرين العاطفي والسلوكي، حيث يقوم المفحوص بتمثيل كيفية تفاعلهم مع الآخرين كي تثار عواطفهم وينفعلون، وبالتالي يقوم المعالج باستخدام هذه المشاعر ليبين للمفحوص الأفكار اللاعقلانية التي تقف وراء تلك المشاعر.

**5.3. اللغة المشحونة عاطفياً:** وهو أن يستعمل المعالج مع المفحوص ألفاظاً وتعابير عاطفية كي يقتبسها ويستعملها مع نفسه، حيث يرى "ألبرت أليس" أن اللغة القوية لها تأثير قوي على تغيير أفكاره اللاعقلانية. (الزبود، نادر فهمي، 1998، ص ص 264-267)

ولقد أثبتت التجارب النفسية أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي صالح لعلاج: "الوسواس القهري، القلق النفسي والفوبيا الاجتماعية، الاكتئاب".

### خلاصة:

تقنية العلاج العقلاني الانفعالي هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي ينطوي على مواجهة العقلانية لبعض مشاعر السلبية، ونهج يساعدك على تحديد المعتقدات غير المنطقية أو أنماط التفكير السلبية التي قد تؤدي إلى مشاكل عاطفية أو سلوكية. وهو من أكثر العلاجات النفسية فاعلية في علاج الأمراض النفسية.

## الخاتمة:

إن كل العلاجات النفسية والتقنيات العلاجية مهمة جدا، نستهدف بها إعادة بناء الشخصية عند الفرد، على أسس تؤدي إلى زيادة قدرته على إحداث اشباع لحاجاته الذاتية، بطرق مقبولة بالنسبة للفرد، بالنسبة للعالم المحيط به وتحريره بحيث ينمي قدراته، ويفهم بشكل أفضل المشكلات وأحداث الحياة المختلفة، ويتعلم كيفية التعامل معها وتجاوزها، مثل: "الإصابة بمرض خطير، وفاة أحد أفراد العائلة، فقدان وظيفة، أو حالات الطلاق.. الخ"، ففهم سلوكيات الأشخاص وعواطفهم وأفكارهم التي تؤدي إلى الانزعاج وقلق تعلمه كيفية تجاوزها والتغلب عليها، مع تعزيز مشاعر وأفكار فهم معنى الحياة والهدف منها. وتعلم طرق التأقلم مع المصاعب، وتعلم مهارات حل المشكلات الحياتية، وكيفية التعامل مع الآخرين وحل النزاعات معهم، فتحققه جلسات العلاج النفسي المختلفة بمختلف مناهجها هذه الأهداف، فقد تكونت سمعة "سيجموند فرويد" الشهيرة كمؤسس للعلاج النفسي الكلاسيكي عن طريق استخدامه لمصطلح التحليل النفسي، وكذلك ارتباطه بنظام شامل من النظريات والأساليب، وقد طور آخرون مناهج أخرى في العلاج النفسي، كالعلاج الجشطلي "لفريتز ولورا بيرلز"، التواصل اللاعنفي، "لمارشال روزنبرغ"، والتحليل التفاعلي "لإريك برن"، وقد كونت هذه المناهج ما أصبح يعرف لاحقا باسم العلاج النفسي الإنساني، وزاد انتشار المجموعات وكتب المساعدة الذاتية وتطوير الذات حينها، كما أنشأ "ألبرت إيس" خلال عقد الخمسينيات العلاج العقلي الانفعالي، وطوّر الطبيب النفسي "آرون بيك" بصورة مستقلة كشكل من أشكال العلاج النفسي المعروف باسم العلاج المعرفي لاحقا، واحتوي كل من العلاج المعرفي والعلاج

العقلاني الانفعالي على تقنيات قصيرة نسبيا ذات تركيب وتنظيم يركز على الوقت الحاضر، وتهدف هذه التقنيات إلى تحديد وتغيير المعتقدات الشخصية والتقييمات وأنماط التفاعل، على عكس التقنيات طويلة المدى المبنية على الرؤية الموجودة، والتي تُستخدم في علاجات الدينامية النفسية أو العلاجات الإنسانية.

وقد جُمعت منهجيات العلاج المعرفي والعلاج السلوكي تحت مظلة المصطلح العام العلاج السلوكي المعرفي في فترة السبعينيات، ولاحقا تطورت "موجة ثالثة" من العلاج المعرفي السلوكي تضمنت العلاج بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي، كما تطورت أساليب الإرشاد النفسي، بما في ذلك العلاج المرتكز على الحل والتدريب المنهجي، وتمتنع علاجات ما بعد الحداثة مثل العلاج بالرواية والعلاج بالتماسك عن فرض تعريفات للصحة النفسية والمرض النفسي، والعلاج بالضحك، والعلاج بخط الزمن، وتطور أيضا العلاج المنهجي الذي يركز على دينامية الأسرة أو المجموعة، وكذلك علم نفس ما وراء الشخصي، والذي يركز على الجانب الروحي في معاناة الإنسان، كما تطور عددا من التوجهات في العقود الثلاثة الماضية مثل العلاج المختصر والعلاج النفسي الحديث متعدد الأوجه، علم النفس الجسدي، العلاج التعبيري وعلم النفس الإيجابي، لهذا نرى: "العلاج النفسي على أنه عملية بناء تتم بواسطة المفحوص والمعالج في سياق اجتماعي علائقي فعال ومثمر". فحاولنا عرض أغلب العلاجات النفسية في هذا الكتاب المعنون بالعلاجات النفسية وأساليب تطبيق التقنيات العلاجية.

## المراجع بالعربية:

1. إبراهيم، عبد الستار (1998): "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليب ومبادئ تطبيقه"، دار الفجر، القاهرة.
2. إبراهيم، عبد الستار(1994): "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث"، دار الفجر، القاهرة.
3. إبراهيم، عبد الستار(1998): "الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه"، سلسلة عالم المعرفة العدد 239، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب- الكويت.
4. أبو بكر، دبابي ولعيس، اسماعيل (2013): "البرامج الارشادية كأحد أهم الاستراتيجيات للتخفيف من حدة الاحتراق النفسي في مهنة التدريس"، في مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 12، ص 16.
5. أحمد، عكاشة و طارق، عكاشة (2018): "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
6. أدلر، ألفريد (2005ب): "الطبيعة البشرية"، ترجمة: " عادل، نجيب البشري، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.
7. ارنولد لازاروس(2002): "العلاج النفسي الشامل الحديث"، ترجمة محمد حمدي الحجار، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط1.
8. آرون بيك (2000) : "العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية" ، ترجمة: عادل، مصطفى، دار الآفاق، القاهرة، ط1.
9. إكرام، بنت محمد الصالح، (2017) : "تصور مقترح لدور العلاج الزوجي السلوكي المتكامل للتعامل مع الخلافات الزوجية"، جامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمن، د. بلد.
10. إيسون، آ، (2010): "أسرار التنويم المغناطيسي"، مكتبة جرير، السعودية.

11. إيهاب الببلاوي (2001): "قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
12. باترسون، س - هـ (1992): "نظريات الإرشاد والعلاج النفسي"، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، الكويت.
13. بشير، الرشيد، راشد، على (2000): "مقدمة في الإرشاد النفسي"، مكتبة الفلاح، القاهرة.
14. بن أحمد، قويدر (2011 - 2010). رسالة دكتوراه بعنوان "التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي المكتتب الراشد" دراسة عيادية لثمانى حالات بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بمستغانم . جامعة وهران.
15. جمال الخطيب (2001): "الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل"، تم نشر هذا الجزء بإذن خطي من المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل و الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، المنامة، مملكة البحرين
16. حامد. عبد السلام زهران (1998): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، ط3.
17. حسام الدين، عزب، (1981): "الاضطرابات النفسية - العلاج النفسي - الاضطرابات العصبية"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
18. داکو، ب، (2002): "استكشاف أغوار الذهن التنويم المغناطيسي"، ترجمة: "رعد، اسكندر و أركان"، بيثون، دار التربية بغداد. القاهرة
19. دانيل، لاجاش (1965): "وحدة علم النفس"، ترجمة: "صلاح ، مخيمر"، مكتبة الأنجلو، القاهرة، ط2 .
20. رمزي، النجار (1987): "قاموس الأحلام - معجم سيكولوجي"، مركز لبنان الفني، لبنان، ط2.

21. زهران، حامد عبد السلام (1997): " الصحة النفسية و العلاج النفسي "، عالم الكتب، القاهرة، ط3.
22. زهران، حامد عبد السلام (2005): " الصحة النفسية و العلاج النفسي "، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة، ط4.
23. الزيود، نادر فهمي (1998): " نظريات الإرشاد و العلاج النفسي "، دار الفكر، عمان، ط1.
24. س. هول (1988): " علم النفس عند فرويد نص مطبوع كالفن "، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة وسيد أحمد عثمان، مكتبة الانجلوا المصرية، القاهرة، دط.
25. سجموند فرويد (1995): " مدخل الى التحليل النفسي "، ترجمة: "جورج طرابيشي"، دار الطليعة، بيروت، ط3.
26. سجموند فرويد (2000): " الموجز في التحليل النفسي "، تقديم مُجَّد عثمان النجاتي، ترجمة: "سامي، مُجَّد علي و عبد السلام، القفاش"، مكتبة الأسرة، القاهرة.
27. سرى، أجلال مُجَّد (2000): " علم النفس العلاجي "، علا للكتب، القاهرة، ط2.
28. سليمان، جميلة. (2017): " الإرشاد الجماعي لأسلوب التمثيل النفسي المسرحي و دوره في خفض سلوك العنف لدى التلميذ المتمدرس ". مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية (28).
29. سيد مُجَّد غنيم (1978): " سيكولوجية الشخصية : محدداتها - قياسها - نظرياتها "، دار النهضة العربية، القاهرة.
30. شعبان، المُجَّد فضل (2008): " العلاج المعرفي السلوكي "الاستراتيجيات والتقنيات"، الدار الجامعية، ليبيا، ط1.
31. طه، عبد العظيم حسين (2008): " استراتيجية تعديل السلوك "، دار الجامعة الحديد، لازيطة، الاسكندرية.
32. عادل عبد الله مُجَّد (2000): " العلاج المعرفي و السلوكي أسس و تطبيقات "، دار الرشاد، القاهرة.

33. عبد الرحمن، عيسوي (2005): "العلاج النفسي"، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
34. عبد الستار، ابراهيم (1980): "العلاج النفسي الحديث"، علم المعرفة، الكويت.
35. عبد القادر، حمدي، وصابر سعدي أبو طالب (1998): "الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر"، جامعة القدس المفتوحة، عمان، ط1.
36. عبد المنعم، الحفني(1994): "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، مكتبة مدبولي، القاهرة.
37. عبد الهادي، جودت عزت وسعيد حسني العزة (1999): "مبادئ التوجيه والإرشاد النفسية"، مكتبة دار الثقافة عمان.
38. عبدالرحمان، سيد سليمان(1994): "السيكودراما مفهومها وعناصرها واستخداماتها" حولية كلية التربية(11).
39. العزة وعبد الهادي(2001): "نظريات الإرشاد و العلاج النفسي"، دار الثقافة، عمان.
40. علي حسين زيدان وآخرون (2016): "نماذج ونظريات الممارسه المهنيه في خدمه الفرد"، دار السحاب، القاهرة.
41. غزال، عبد الفتاح علي وآخرون (2008): "الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق"، خدمات الكمبيوتر، الاسكندرية.
42. الفحل، نبيل مُجَّد (2009): "برامج الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق"، دار العلوم، القاهرة، ط1.
43. فيصل، عباس (1990): "الموسوعة الكبرى لعلم النفس والتربية، العلاج النفسي (المدارس، التقنيات، الممارسة)"، الجزء الثاني عشر، مركز الشرق الأوسط الثقافي . 1999
44. فيصل، عباس (1995): "التحليل النفسي قديما وحديثا" دار الفكر العربي، القاهرة.
45. فيكتور، سمير نوف (2002): "التحليل النفسي للولد"، ترجمة شاهين. فؤاد، المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، ط4 .

46. قتيبة، الجلي، وفهد، سعود اليحيى (1996): "العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي"، الإعلامية، الرياض.

47. كارل، غوستاف يونغ (2015): "الكتاب الأحمر"، ترجمة: متيم الضايغ وربا بشور، دار الحوار، سوريا، ط1.

48. لا بلانش. حان و بونتاليس. ج- ب (2002): "معجم مصطلحات التحليل النفسي"، ترجمة حجازي. مصطفى، المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، ط4.

49. مُجَّد، التكريتي (1994): "أفاق بلا حدود بحث في هندسة النفس البشرية"، دار الخلدونية، الجزائر، ط1.

50. مُجَّد، السيد عبد الرحمان (1997): "نظريات شخصية"، دار القباء، القاهرة.

51. مُجَّد، السيد عبد الرحمان (1999): "الصحة النفسية"، دار قباء، كلية التربية جامعة الزقازيق، القاهرة.

52. مُجَّد، الشناوى ومُجَّد، عبد الرحمن (1998): "العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته"، دار قباء، القاهرة.

53. مُجَّد، عادل هريدى (2011): "نظريات الشخصية"، إيتراك، مصر الجديدة، ط2.

54. مُجَّد، منير مرسى (2004): "الأحلام تفسيرها ودلالاتها"، عالم الكتب، القاهرة.

55. مدحت، عبد الحميد أبو زيد (2000): "سلسلة الإرشاد والعلاج النفسي"، دار، الإسكندرية.

56. مصطفى عشوي (2010): "مدخل إلى علم النفس المعاصر"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط3.

57. مفتاح مُجَّد عبد العزيز (2001): "علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة"، دار قباء، القاهرة، ط1.

58. منصور، رشدي فام (2000): "علم النفس العلاجي والوقائي"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

59. ناصر، سيد جمعة (10-11/12/2019): الواجبات المنزلية ودورها في نجاح جلسات الإرشاد النفسي، الملتقى البحثي الأول "الواجبات المنزلية نحو ممارسات ايجابية وإبداعية"، جامعة ظفار.

60. ناصر، بن ابراهيم المحارب (2000): "المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي"، دار الزهراء، الرياض.

61. نبيل سفيان (2004): "المختصر في الشخصية وارشاد"، مؤسسة اشترك، القاهرة، ط 1.

62. نصار كريستين (1998): "اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي"، شركة المطبوعات، بيروت، ط 1.

63. هيلات، مصطفى قسيم وآخرون (2008): العلاقة بين أنماط التنشئة الأسرية والإضطرابات الإنفعالية لدى طلبة الصف السادس الأساسي الذكور، مجلة الجامعات العربية للتربية وعلم النفس مج.6. ع1. ص ص 166 - 167.

## المراجع بالأجنبية:

64. Beck. A, et all (2007): "Cognitive Therapy of Personality Disorders", 2nd Ed. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-59385-476-8.

66. Bergeret. J, et all (1982) : "Psychologie pathologie théorique et clinique", Masson, Paris.

67. Bergeret. J (2000) : "Psychologie pathologique théorique et clinique", Masson, Paris.

68. Bergeret. J (1979): "Psychologie pathologique", Masson, Paris, 3<sup>ème</sup> éd.

69. Bitter, J. & Corey, G. (2001) "Family Systems Therapy", in Gerald Corey (ed, Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Belmont, CA: Brooks/Cole.

70. Bronfenbrenner, U : "The mirror image in Soviet-American, relations-a Social Psychologist approach ". J. Of Social Issues, 1961, 17, No. 3 pp. 56-56.

71. Cain, D. J. (1988) : " Roundtable Discussion ". Person-centered Review, 3 (3), PP353-390.

- 72.Chabert. C; Verdon. B (2008): "Psychologie clinique et psychopathologie", P.U.F, Paris,1<sup>er</sup> édition.
- 73.Gabbard, Glen (2005):"**Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice**",4th Ed, Washington, DC: American Psychiatric Press, ISBN 1-58562-185-4.
- 74.Garner, D.M. and Wolley, S.C. (1991) : "**Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments For Obesity. Clinical Psychology Review**", 11,PP 729-780.
- 75.Gibbons, D. E. (2001). Experience as an art form: Hypnosis, hyperempiria, and the Best Me Technique. New York, NY: Authors Choice Pres.
- 76.Gibbons, D. E., & Lynn, S. J (2010). Hypnotic inductions: A primer. In S. J. Lynn, J. W.. 77.Kirsch(Eds.) & Rhue, I Handbook of Clinical Hypnosis, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 267-292.
- 78.Jacobson , E. (1964) : "**Progressive Relaxation. Chicago** ", University of Chicago Press.
- 79.Lemperiere. TH; Féline. A( 2000):"Psychiatrie de l'adulte", Masson, Paris.
- 80.Les relations familiales, le handicap et le traitement familial , pp 11-28.
- 81.Mannoni, M: " **L'enfant arriéré et sa mère** ", Paris, Ed Seuil, 1964.
- 82.Marc, E. ; Picard, D: "**L'interaction Sociale** ", Paris, Ed PUF, 1989.
- 83.Nunbreg. H (1975) :"Les Principes de psychanalyse et leur application aux névroses", P.U.F, Paris.
- 84.O'Donohue W, Ferguson KE (2006) : "**Evidence-based practice in psychology and behavior analysis**" , PDF, Behav Analyst Today 7 (3): 335–50.
- 85.Picard, D : "**Politesse, savoir-vivre et relations sociales** ", Paris, Ed PUF, 1998.
- 86.Polonsky , W.H. (2001) : " **Relaxation Training. In** ", J. L. Jacobson and A. M. Jacobson (Eds), Psychiatric Secrets , 2nd Edition. Hanley and Belfus, Inc.
- 87.Roussilon . R, et all (2007) :"Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale", Masson, Paris.
- 88.S. Freud (1969) : "**The question of lay analysis**".Ne york , Norton.

89.Satir, V : "Thérapie du couple et de la famille ", édition EPI, 1982.

90. Scelles, R: " Fratrie et handicap", Paris, Ed l'Harmattan, 1997.

## المراجع الالكترونية:

91. أحمد نَجْد الحواجري - مشرف ورئيس قسم التوجيه والإرشاد - دائرة التربية والتعليم - وكالة  
الغوث الدولية - مجلة المعلم غزة.. <http://www.almuaalem.net/maga/tasnif.html>.

92. زهير ، خشيم: "اخصائي العلاج بالتنويم المغناطيسي" [zuhair@khusheim.net](mailto:zuhair@khusheim.net)

93. هديل، البكري (15 فبراير 2015): "ما هو العلاج بخط الزمن"، <https://mawdoo3.com/>.