

العلاج النفسي السلوكي للشعور بالوحدة النفسية

د. بعلي مصطفى

جامعة جامعة محمد بوضياف - المسيلة / الجزائر

الملخص:

يعيش الإنسان اليوم في عصر من القلق Anxiety، والخوف Fear، وفي عدد من الصراعات المستمرة والمتداخلة التي يعيشها بغية تحقيق التوازن والاستقرار بآذاً في ذلك كل ما في وسعه من إمكانيات، وفي حالة عدم قدرته على تحقيق رغباته فإنه يؤثر العزلة Isolation ويفقد التواصل والشعور بالانتماء مع الآخرين فيعيش في عزلة وبعد عن الآخرين ويكون ذلك مؤشراً لبداية مشكلة نفسية ألا وهي الشعور بالوحدة النفسية Feeling of Loneliness.

والشعور بالوحدة النفسية هو شعور مؤلم، وتنتج تجربة ذاتية من شدة الحساسية، وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه ومنفصل عن الآخرين وهذا الشعور ناتج عن الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة وهو شعور مصحوب بأعراض الضغط النفسي.

ويفسر السلوكيون الشعور بالوحدة النفسية من خلال ربطها بحدوث صراع بين العمليات المؤدية إلى النشاط والعمليات المؤدية إلى الكف نتيجة عدم قدرة الفرد على ترك الاستجابات الاشتراكية القديمة التي تعلمها منذ طفولته على إثر الخبرات غير المناسبة التي مر بها في بيئته مما يؤدي إلى تكوين عادات غير مناسبة لديه لا تساعده على أن يحيا حياة فعالة ناجحة مع الآخرين، كما تعوقه عن تعلم استجابات أو أنماط سلوكية أكثر مواءمة في علاقته بالآخرين وهو يهتم بالأعراض النفسجسمية الناجمة عن خبرة الشعور بالوحدة النفسية، ويقترح السلوكيون كذلك خطة لعلاج الشعور بالوحدة النفسية، ومن خلال هذه المقالة العلمية سوف نتطرق لبعض الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية السلوكية للتخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية.

مقدمة:

بات من المؤكد أن خبرة الشعور بالوحدة النفسية، حالة واسعة الانتشار لدى أفراد الجنس البشري، لدرجة أنها أصبحت في واقع الأمر حقيقة موجودة في حياتنا اليومية لا تعرف لنفسها أي حدود. فهي قد توجد لدى الصغير والكبير، والمتزوج وغير المتزوج والغني والفقر، والمتعلم وغير المتعلم، والشخص السليم والشخص المريض، ولدى الانبساطيين والانطوائيين، فهي في كل الأحوال توجد في كل مراحل الحياة، وهي بصفة عامة تعتبر مدخلاً أساسياً لفهم جميع الظواهر النفسية. هذا وتدل الخبرة الميدانية في المجال الإكلينيكي من خلال التعامل مع فئات المراهقين بصفة عامة على تفشي مشكلة الشعور بالوحدة النفسية لدى كثير منهم، مما يتطلب ضرورة التصدي الفوري لهذه الظاهرة، والكشف عن جوانبها وأبعادها ومكوناتها، ودراسة ما يمكن أن تتضمنه من علاقات ومصاحبات وآثار سيئة على بعض جوانب الشخصية ومن ثم انعكاس تلك العواقب على حياة الفرد كلها، في حاضره ومستقبله.

هذا وقد اختلف علماء النفس في تحديد مفهوم الوحدة النفسية ولهذا الاختلاف أسباب عديدة منها: أن مصطلح الوحدة النفسية حديث نسبياً في تناول الدراسات النفسية له، وكذا طبيعة العلاقة بين مفهوم الوحدة النفسية وغيره من المفاهيم المرتبطة به مثل القلق الاكتئاب، العزلة الاجتماعية.... وغيرها، إضافة إلى اختلاف المنطلقات النظرية للباحثين الذين تناولوا هذا المفهوم بالدراسة، ونعرض فيما يلي بعض تعاريف الباحثين للوحدة النفسية:

فقد عرف سوليفان (Sullivan) الوحدة النفسية بأنها: "خبرة مؤلمة تترك التفكير بهدوء وصفاء، وأنه ليس من الضروري أن يكون الفرد معزولاً فيزيقياً ليخبر الوحدة النفسية، فهي تنبع من افتقار الفرد للعلاقات الاجتماعية"⁽¹⁾.

كما تعرف روك (Rook) الوحدة النفسية بأنها: "شعور مؤلم ومحزن إلا أن هذه الوحدة تعتبر أساساً خبرة ذاتية، وهذا التفرد لهذه التجربة هو ما يجب أن تركز عليه البحوث"⁽²⁾.

وينظر كل من ليدرمان (Leiderman) وروكاتش (Rokach) للوحدة النفسية على أنها: "حالة يشعر فيها الفرد بالوحدة أي الانفصال عن الآخرين، وهي حالة يصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة Lonesome، والاعتزاب Alienation والاعتنام Dejection، والاكتئاب Depression، من جراء إحساسه بالوحدة"(3).

في حين يرى إبراهيم قشقوش أنها: "شعور الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجالته النفسي، إلى درجة يشعر فيها الفرد بافتقاد القبول والحب من الآخرين؛ بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي من الأشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله"(4).

أما مجدي محمد الدسوقي فيرى أنها: "إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين الأفراد المحيطين به نتيجة افتقاده إمكانية الانخراط والدخول في علاقات مشبعة ذات معنى مما يؤدي إلى شعوره بعدم القبول والنبد وإهمال الآخرين له رغم أنه محاط بهم"(5).

وتعرف زينب شقير الوحدة النفسية بأنها: "الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم مع صعوبة التودد وصعوبة التمسك بهم، بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس"(6).

ويعتبرها آشر وجولي (Asher & Julie): "حالة انفعالية داخلية تتأثر بقوة بأشكال حياة الفرد الاجتماعية، وأضافا بأن الظروف الخارجية التي تحيط بالفرد لا تلعب بجد ذاتها دوراً مهماً في إحساس الفرد بالوحدة النفسية"(7).

وفي ضوء ما تقدم من آراء حول تعريف الوحدة النفسية، يمكن القول أنها حالة يخبرها الفرد تنشأ أساساً عن قصور في العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين، مما يجعل الفرد يشعر بالألم والمعاناة بسبب إحساسه بعدم تقبل وإهمال الآخرين له، كما يتضح أن معنى الوحدة النفسية لا يتفق مع العزلة الموضوعية التي يجبر الإنسان عليها مثل حالات السجن الانفرادي، وغيرها من الحالات التي يفقد

الإنسان فيها حرته ويعزل عن الآخرين رغم إرادته، ويرى عادل عبد الفتاح أن أغلب التعريفات المقدمة للوحدة النفسية تتفق في ثلاث نقاط أساسية وهي:

- 1- كون الوحدة النفسية خبرة ذاتية.
 - 2- أنها نتيجة لنقص العلاقات المدركة في حياة الفرد.
 - 3- أنها تجربة كريمة ومريرة.
- وعلى الرغم من كون الوحدة النفسية تجربة كريمة ومؤلمة وظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافي على المستوى البحثي والعلاجي، حيث أكد بيبلو وبيلمان (Peplau and Perlman) أن الدراسات والبحوث التي تناولت الوحدة النفسية من سنة 1932 - 1960 لم تتعدى 6%، وهذه الدراسات تكاد تقتصر على الملاحظات السريرية للمرضى، وفي السبعينات تطورت نوعاً ما بسبب الانتشار الواسع لظاهرة الوحدة النفسية؛ حيث وجد أن 25% من سكان أمريكا عانوا من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية، بالإضافة إلى تطور حركة القياس.

ويرى بيندكت (Benedict) أن موضوع الوحدة النفسية لم يلقى الاهتمام الكافي إلا في الثمانينات من القرن العشرين لا سيما بعد أن قدم فايس (Weiss) مؤلفه سنة 1973 بعنوان "الوحدة النفسية"، حيث تأثر معظم الباحثين بعد ذلك بكتابات فايس عن الوحدة النفسية⁽⁸⁾.

ويقترح كل من ميجاسكوفيك (Mijuskovec) وركانش أن الشعور بالوحدة النفسية ليس مرضاً اجتماعياً عصبياً، ولكنه حالة تخبرها الكائنات البشرية منذ فجر التاريخ، لذلك فإن هؤلاء يرون أن الشعور بالوحدة النفسية ظاهرة تاريخية وليست ظاهرة معاصرة⁽⁹⁾، ويفترضون أنه كوننا بشر يعني أن لنا وجوداً فنحصل على حصتنا من تجربة الحياة وبذلك نكون وحيدين، وهذا يعني أنه طالما أن الإنسان موجود فليس له مفر من خبرة الشعور بالوحدة النفسية⁽¹⁰⁾.

2- أساليب خفض الأضرار الناتجة عن الشعور بالوحدة النفسية :

اقترح الكثير من الباحثين في مجال سيكولوجية العلاقات العديد من الأساليب لدعم مهارات الصداقة وتحسين الكفاءة الاجتماعية، ويرى سعد أبو سريع أن هناك أربع أساليب يتحقق من خلالها خفض مشاعر الوحدة النفسية ودعم الانفعالات الايجابية وهي:

1.2. المقارنة الاجتماعية:

تعد بحوث شاشتر من أولى البحوث التي أبرزت دور التجمع في خفض القلق منذ الخمسينات؛ حيث قام بتجربة أثار فيها قلق مجموعة من الطالبات بأن أوهمهن بأنهن سوف يتلقين صدمة كهربائية، وقام بتنوع درجة القلق بأن أخبر بعض الطالبات بأن الصدمة ستكون مؤلمة (مجموعة القلق المرتفع)، وأخبر المجموعة الأخرى بأن الصدمة سوف تكون خفيفة (مجموعة القلق المنخفض)، ثم أخبر الطالبات (في كلتا المجموعتين) بأن عليهن الانتظار لمدة عشر دقائق قبل تقديم الصدمات، وخبرهن بين الانتظار بمفردهن أو مع بعضهن البعض، وكشفت التجربة أن 62.5% من الطالبات اللاتي توقعن صدمة مؤلمة قد فضلن الانتظار معاً، في مقابل 33.3% فقط من الطالبات اللاتي توقعن صدمة خفيفة، وافترض شاشتر بناءً على تلك النتيجة أن الأفراد يتجمعون بهدف خفض القلق، وأن مواقف الشدة تزيد الرغبة في الصلبة والمساندة النفسية الوجدانية⁽¹¹⁾.

2.2. الإفصاح عن الذات: يمثل الإفصاح عن الذات(*) أحد الأساليب المسؤولة عن خفض المشقة وتقليل مشاعر الوحدة النفسية وترجع أهمية الإفصاح عن الذات إلى ما يحدثه من آثار نفسية إيجابية وقد أشار ديرليجا وجرزلاك إلى وجود وظائف للإفصاح عن الذات منها:

أ- التعبير:

بغرض التخفيف عن النفس عقب الإفصاح عن المعاناة وظروف المشقة الشخصية.

ب- التوضيح:

فمن خلال الإفصاح عن الذات يتمكن الشخص من تقديم صورة واضحة عن نفسه للآخرين بما يجعله مفهوماً من جانبهم وبما يمكنهم من التفاعل معه.

ج- تنمية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين:

فمن بين النتائج الطريفة التي كشفت عنها البحوث في هذا المجال أن إفصاح الشخص عن ذاته يستثير الإفصاح من جانب الآخرين ومن خلال تبادل الإفصاح تقوى العلاقات الشخصية والثقة بين الطرفين، وفي هذا النقطه قام روتنبورغ (Rotenberg) بدراسة ميدانية سنة 2004 لمعرفة العلاقة بين الوحدة النفسية والثقة بالآخرين في مرحلة الطفولة المتوسطة، وتكونت عينة الدراسة من (63) تلميذ وتلميذة في الصفوف الرابع والخامس ابتدائي، استخدم في الدراسة مقياس آشر وآخرون لقياس الوحدة النفسية وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين الوحدة النفسية والثقة بالأقران، أي كلما زاد شعور الطفل بالوحدة قلت ثقته بالآخرين، كما لم تكشف الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين في مستوى الشعور بالوحدة النفسية⁽¹²⁾.

3.2. المساندة الاجتماعية:

يرى أرجايل أن الناس يحتاجون إلى الأصدقاء لأسباب من بينها الرغبة في الحصول على المساعدة أو المعلومات أو المساندة الاجتماعية بمظاهرها المختلفة سواء في شكل نصائح أو تعاطف أو اتفاق في وجهات النظر. وتبرز البحوث الامبريقية أثر المساندة الاجتماعية من الأصدقاء في خفض وطأة الشعور بالوحدة النفسية وتقوية إرادة الشخص وقدرته على تحملها، وهي النتيجة التي توصل إليها بيومي سنة 1990 من خلال دراسة له بعنوان الوحدة النفسية لدى أطفال يفترقون إلى أصدقاء حيث أجرى هذه الدراسة على عينة من الأطفال السعوديين قوامها (389) من الصفين الخامس والسادس الابتدائي، تراوحت أعمارهم ما بين 10-12 سنة واستخدم الباحث مقياس للوحدة النفسية من إعداده، وانتهى الباحث في ختام دراسته إلى أن الأطفال غير المحبوبين من أصدقائهم أكثر معاناة من الشعور بالوحدة النفسية مقارنة بالأطفال المحبوبين من أصدقائهم⁽¹³⁾.

4.2. المشاركة في الميول والاهتمامات الشخصية:

يقع هذا الأسلوب في نهاية المتصل الممتد من تحقيق مشاعر الضيق والملل والتوتر وحتى تنمية المشاعر الإيجابية السارة متضمنة المرح والتسلية والترفيه. يذكر أرجايل في هذا الصدد أن من بين أسباب احتياجنا إلى الصداقة رغبتنا في لقاء أصدقاء يشاركوننا في الاهتمامات والنشاطات

المفضلة، والألعاب التي نحبها، وفي رأيه أن اللعب قد يكون أول مناسبة تجمع بين الأصدقاء وقد يسر فيما بعد فرص اللقاءات المتتابة⁽¹⁴⁾.

3- العلاج السلوكي:

يعني العلاج السلوكي استخدام أساليب ووسائل مختلفة تعود في أصولها إلى النظرية السلوكية Behaviorist theory؛ مصطلح يطلق بشكل عام على نظريات التعلم المتعلقة بشكل أساسي بالمكونات الملاحظة للسلوك (مثيرات واستجابات "م-إ"). مثل هذه النظريات تسمى نظريات المثير والاستجابة (م-إ) للتعلم، وتمثل في الإشراف البسيط أو الكلاسيكي والإشراف الإجرائي.

وتعود جذور النظرية إلى العالم الفسيولوجي الروسي إيفان بافلوف (Ivan Pavlov) الذي اكتشف بأن ارتباط مثير محايد "صوت الجرس" مع مثير غير محايد "الطعام" سوف يعطي المثير المحايد صفة المثير غير المحايد، ويستخلص نفس الاستجابة التي يحدثها المثير غير المحايد "الطعام". ومن العلماء القدامى الذين ساهموا في بناء هذه النظرية أيضا ثورنديك الذي أجرى تجاربه على القطط في أمريكا في الوقت الذي كان بافلوف يقوم بتجاربه على الكلاب في روسيا. ولعل من أبرز الأبحاث التجريبية المبكرة في النظرية السلوكية تجارب جون واطسون J. Watson على الطفل (ألبرت، Albert) الذي دربه عن طريق التعلم الشرطي على إظهار استجابة الخوف من الأرنب، وذلك بالربط بين ظهور الأرنب بمصاحبة صوت مزعج، فتعلم الطفل استجابة الخوف، وتم تعميم استجابة الخوف هذه لتشمل كل ذوات الفراء، بما في ذلك الكلاب والقطط وغيرها. وامتدت هذه الاستجابة لتشمل كل شيء يشبه مظهر الأرنب. حتى أن ألبرت كان يخاف من أمه حينما ترتدي معطفاً من الفراء.

ومن أسهم إسهامات بارزة في تشكيل هذه النظرية سكينر، وألبرت باندورا وغيرهم من علماء النفس الأوائل.

ترى النظرية السلوكية أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة وهي بمثابة استجابات لمثيرات محددة في البيئة. فالإنسان يولد محايدا فلا هو خير ولا هو شرير، وإنما يولد صفحة بيضاء، ومن

خلال علاقته بالبيئة يتعلم أنماط الاستجابات المختلفة سواء أكانت هذه الاستجابات سلوكيات صحيحة أم خاطئة. وبالتالي فإن هذه النظرية تنظر إلى السلوك الجانح أو السلوك المرضي بشكل عام على أنه سلوك متعلم، فهو عبارة عن عادات سلوكية سلبية اكتسبها الفرد للحصول على التعزيز (الأفعال والأقوال والأشياء المرغوبة) والتي تعلمها الفرد من البيئة. وهذه إما أن يكون قد تعلمها الفرد من خلال ملاحظة نماذج للسلوك السلبي يقوم به بعض الأفراد المحيطين به في حياته اليومية، أو أن يكون قد ابتكر هذه السلوكيات السلبية بنفسه ثم حصل على التعزيز نتيجة لقيامه بتلك السلوكيات، بما في ذلك الردود الانفعالية التي تؤدي إلى تفرغ أو التخلص من الشحنات نفسية سلبية⁽¹⁵⁾.

1.3 الخصائص العامة لمنحى العلاج السلوكي :

يتناول هذا الجزء الخصائص العامة التي تميز منحى العلاج السلوكي عن غيره من نماذج العلاج النفسي الأخرى، وهذه الخصائص هي :

- 1- التركيز على السلوك الظاهر.
- 2- التقييم المستمر لفاعلية إجراءات تعديل السلوك.
- 3- التعامل مع السلوك بوصفه لا يحدث بالصدفة وإنما يخضع لقوانين محددة.
- 4- التعامل مع السلوك بوصفه محكوماً بنتائجه.
- 5- التعامل مع السلوك بوصفه المشكلة وليس مجرد عرض لها .
- 6- التعامل مع السلوك سوياً كان أو شاذاً بوصفه متعلماً.
- 7- إجراء عملية تعديل السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها السلوك.
- 8- العمل على مراعاة الفروق الفردية⁽¹⁶⁾.

2.3 خطوات علاج وتعديل السلوك:

يحتاج المعالج إلى معرفة الخطوات المطلوبة في تعديل السلوك وهي :

- 1- تحديد السلوك الذي يريد المعالج تعديله أو علاجه.
- 2- تعريف السلوك المستهدف تعريفاً إجرائياً دالاً من خلال مظهره.

- 3- قياس السلوك المستهدف وذلك بجمع ملاحظات وبيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك ومدى شدته، وقد يلجأ المعالج للطلب من الوالدين الاستجابة على استنباه خاصة لقياس مدى استمرار السلوك وتكراره وشدته.
- 4- تحديد الأهداف العلاجية التي ينوي المعالج والفرد تحقيقها وصياغتها بطريقة سلوكية.
- 5- التحليل الوظيفي للمثيرات التي تسبق وتلحق بالسلوك وتؤثر عليه، وفيها يتم تحديد الظروف المحيطة بالطالب عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه (تاريخ حدوثه، الوقت الذي يستغرقه مع من حدث، كم مرة يحدث، ما الذي يحدث قبل ظهور السلوك، كيف استجاب الآخرون، ما المكاسب التي جناها الطالب من جراء سلوكه وأي ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة).
- 6- تصميم الخطة العلاجية على أن تشمل بالغالب على أساليب تعزيزيه.
- 7- تنفيذ الخطة العلاجية، خلال مدة زمنية معينة ، وأثناء التنفيذ يتم القياس باستمرار ويشترك الطالب وأسرته في وضع الخطة وتتضمن تحديد الأهداف ، ووضع أساليب فنية تستخدم لدعم ظهور السلوك المرغوب ، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب وتشجيع العميل وأسرته على تنفيذ الخطة الإرشادية بكافة بنودها.
- 8- تقويم فعالية الخطة وتلخيص النتائج وإيصالها إلى من يهمهم الأمر⁽¹⁷⁾.

3.3. الفنيات أو الطرق المستخدمة :

أ- أسلوب التطمين المنظم : هو أحد الطرق التي تستخدم بكثرة في العلاج السلوكي، حيث أنه يستخدم إطفاء تدعيم السلوك السلبي ويؤدي إلى إحداث استجابة مضادة، ويهدف أسلوب التطمين المنظم إلى تعليم العميل حذف الاستجابة التي لا تتوافق مع القلق وقد قال ولي 1969 وهو المطور لهذا الأسلوب: بأن السلوك العصبي هو تعبير عن قلق والاستجابة له يمكن أن تحذف بواسطة إيجاد استجابة مضادة لذلك؛ حيث بواسطة الارتباط الشرطي التقليدي ينتج عن القلق قوة محفزة يمكن أن تضعف وكذلك يمكن السيطرة على أعراض القلق وحذفها من خلال الحوافز التي تحل محل الاستجابة الغير متناسقة.

ب. العلاج الانفجاري الداخلي والإفاضة

ج. التشكيل والتسلسل

- د. العلاج بالتنفير
- هـ. طرق ضبط الذات
- و. النمذجة وأداء الأدوار
- ز. الاسترخاء
- ح. التغذية الراجعة الحيوية
- ط. التدريب على السلوك التوكيدي
- ي. الإطفاء
- ك. ضبط المثير
- ل. التدعيم الإيجابي⁽¹⁸⁾.

4. نظرية وولي في العلاج السلوكي:

شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً بالإجراء المعروف باسم تقليل الحساسية التدريجي والذي كان جوزيف وولي قد طوره عام 1958 ، وصف وولي الأسس النظرية التي استمد منها هذا الإجراء في كتابه (العلاج النفسي بالكف المتبادل) فقد اقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشراف المضاد الذي يتضمن استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى فكانت الفرضية التي استند إليها وولي في تطوير هذا الإجراء هي : إنه بالإمكان محو الاستجابة الانفعالية غير المرغوب إذا استطعنا إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجربها ، أي أن الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد فنستخدم إحداها لمنع حدوث الأخرى ، وهذا ما يطلق عليه اسم الكف المتبادل.

5. أساليب العلاج السلوكي:

يستخدم المعالجون السلوكيون مجموعة من الأساليب التي تعتمد على مبادئ التعلم السلوكي ويوظفونها في علاج الاضطرابات النفسية النفسية، وتتلخص هذه الأساليب في عدد من الجهود والطرق التي ابتكرها أبرز السلوكيين المعاصرين من أمثال واطسون وسكنر وباندورا وويلي وبك وليس وغيرهم ممن سبق الإشارة إليهم في المراجعة السابقة. وفي هذا الجزء سيتم التركيز على أبرز هذه

الأساليب مع إبراز نماذج علاجية واقعية وحقيقة لكل طريقة من طرق العلاج السلوكي. هذه الأساليب تعرف أحياناً بتقنيات أو تكتيكات العلاج السلوكي (19)، ومن أبرز هذه الأساليب:

1.5. التدعيم الإيجابي Positive Reinforcement:

ويقصد به المكافأة أو الثواب أو العقاب أو الجزاء الذي يعقب الاستجابة ويؤدي بالفرد أو العميل إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب، ويكون التدعيم في صور مادية أو معنوية مثل:-

(أ) النقود، أو (ب) الطعام، أو (ج) المدح أو الشراء، أو (د) الأشياء المحببة للفرد كاللعب أو الرحلات، أو (هـ) الاحترام والإشادة أو (و) الجوائز.

وينعكس كل ذلك على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويثبتته ويؤدي إلى الزعة نحو تكرار السلوك إذا تكرر الموقف.

2.5. التدعيم السلبي Negative Reinforcement:

وفيه يتم تعريض العميل لمثير غير سار مقدماً ثم يشرع في إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، أو إزالة مثير مكروه ومنفر عقب ظهور الاستجابة المرغوبة. ويستخدم مع العملاء الذين يبدوون تكاسلاً أو امتناعاً في الاستجابة نحو تعديل واحد أو أكثر من مظاهر الاضطراب السلوكي لديهم، وذلك خلال حرمانهم من الأنشطة أو الألعاب المحببة لهم بالاتفاق مع من يملك الحرمان مثل (الآباء في المنازل، أو المسؤولين عن الأنشطة في المدارس).

3.5. التدعيم المتمايز (الفارق) Differential Reinforcement:

ويستخدم في حالة إتيان نوعين من السلوك (سوي/مشكل) في نفس الوقت ويكون هنا التدعيم في اتجاهين هما:- أ- زيادة استجابة سوية. ب- إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها. ويتم ذلك من خلال تقديم مثير تدعيم تالي لوقوع الاستجابة السوية مع وقف التدعيم عند وقوع الاستجابة المشككة في نفس الوقت من خلال مثير مرغوب يساعد العميل على التغلب على التردد والخبرة بين السلوكية.

4.5. تشكيل الاستجابة Response Shaping:

ويقصد به تقديم مثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة ويتضمن ذلك تقسيم السلوك المراد تعلمه إلى خطوات ومراحل صغيرة وتدعيم السلوك كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المقابلات الأخيرة بقصد تحديد السلوك النهائي المرغوب الوصول إليه.

5.5. العقاب Punishment:

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب صدور استجابة سلبية ويقصد به أيضا توقع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب ويختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائج كل منهما. ويتضمن العقاب الإبعاد المؤقت للعميل لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ويساعد هذا الأسلوب على إعطاء العميل فرصة للتأمل في سلوكه بهدوء. يقدم هذا الأسلوب بواسطة ولي الأمر أو من يمثلونه كسلطة على العميل.

6.5. تقديم نموذج للاقتداء Model Oresentation:

وفي هذا التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب، ويطلق عليه التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد. - ويتم من خلال ذلك ملاحظة النماذج والتدريب على تأكيد الذات ولعب الأدوار ويتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة متسلسلة تؤدي إلى كشف خطوات تأديته أداء السلوك ويتم عن طريق أربع عمليات: أ- الانتباه Attention إلى خصائص السلوك المرغوب. ب- الاستيعاب والتذكر Retention عن طريق التكرار والتدريب على السلوك المعروض. ج- إعادة القيام التلقائي بالسلوك Motoric Reproduction عن طريق مساعدة العميل لتقليد النموذج بشكل لفظي أو رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية والواقعية. د- التدعيم Reinforcement وهذا المؤثر الذي يساعد العميل على ممارسة السلوك المطلوب ويطلق عليها عملية الواقعية Motivation Process.

7.5. وضع القواعد والحدود Rulemaking:

ويقصد به وضع قاعدة معينة يكون المطلوب أن يتم السلوك وفقاً لها ويتم تحديد التدعيم المتوقع عند تنفيذ السلوك المطلوب ويتم استخدام أسلوب العقاب عند مخالفته للقواعد الموضوعه. ويتضمن ذلك مساعدة العميل للدخول في علاقات اجتماعية تمده برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده على التوافق ومن أمثلة هذه المهارات: أ- مهارات التفاعل مثل:- (مهارات حضورية/ مهارات استجابية/ مهارات تعبيرية/ مهارات التركيز/ مهارات المشاركة/ مهارات توجيه التفاعل مع الآخرين) ب- مهارات جمع المعلومات والتحليل مثل:- (مهارات الوصف والتحليل/ مهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات/ مهارات التلخيص/ مهارات التحليل). ج- المهارات العملية والتطبيقية مثل:- (مهارات التوجيه/ مهارات توفير المعونة/ مهارات تنشيط الإدارة/ مهارات تقديم النصائح والتوجيهات/ مهارات المواجهة/ مهارات التمرين والتدريب/ مهارات الحوار والمناقشة).

8.5. التعليمات الشفهية Verbal Instruction:

ويقصد بها التوجيهات والنصائح التي تستخدم كأدلة أو مثيرات مميزة ويمكن استخدامها في إحداث التغير المطلوب في السلوك ويتم الاسترشاد بها تدريجياً من المواقف البسيطة إلى المواقف الأكثر صعوبة للسلوك الذي يتعامل به الفرد ويجب انتقاء الكلام المؤثر في تعديل السلوك المراد الوصول إليه ويمكن أن تتم في المقابلات الأولى مع العميل بمثابة مثيرات مميزة Discriminative Stimuli وتبنى على أساس دوافع الاضطراب السلوكي.

9.5. الانطفاء Extinction:

وهو تعلم الكف عن القيام بعمل ما أو إصدار استجابة أو إلغاء التدعيم الذي يلي السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره ويستخدَم في حالتين هما:-

- 1- إذا لم يكف العميل عن القيام بعمل من شأنه أن يقلل من معدل الاستجابة لتعديل السلوك.
- 2- إذا استمر العميل بفعل نفس السلوك ولم يستجب للتدعيمات السلبية. ويتم تطبيقه مع العملاء لكبح جماهم بعد أن استخدمت أساليب أخرى ولم تحقق فائدة مرجوه.
- 6- خطوات عملية العلاج : إن عملية العلاج تسير ضمن الخطوات التالية :

1.6. التعرف على تاريخ الحالة: يبدأ العلاج النفسي بالرجوع إلى تاريخ الحالة وأخذة بدقة لمعرفة المثيرات التي تسهم في إزالة الاستجابات غير المتكيفة وردود الأفعال العصابية.

2.6. التعرف على تاريخ حياة العميل: يتم التركيز هنا على العلاقات العائلية التي تتضمن حياة الأسرة والسؤال عن ترتيب المريض فيها ، وعن الفواصل الزمنية بين إخوته، وعلاقة والديه مع بعضها البعض ، ودور الوالدين في التأثير عليه ثم هل مر المريض في طفولته بخوف أو أي عادات عصابية، كذلك يتم التعرف على ثقافة المريض واتجاهاته المهنية وعلاقاته الاجتماعية

3.6. تعبئة المسترشد لثلاث قوائم اختبار: يعتقد ولي أنها تنبئ عن مدى تحسن المسترشد بعد العلاج وهي:

أ - جدول مسح الخوف: ويتكون من عدد من الفقرات للمثيرات التي تقيس مدى خوف المريض وتبلغ (106) فقرات

ب - مقياس الكفاءة الذاتية: ويهدف إلى قياس مدى تحمل الفرد للمسؤوليات والواجبات التي ستطلب منه أثناء العلاج.

ج - جدول ولي: يحتوي هذا الجدول على (25) فقرة بحيث تشير الإجابة الإيجابية إلى ردود أفعال عصابية.

4. الفحص السريري: يجري للمريض فحص طبي إذا كان هناك شك بأن المرض عضوي ، فالقلق مثلا قد يحصل بسبب نقص في السكر أو بسبب نقص في إفراز الغدة الدرقية.

- أساليب العلاج تقليل الحساسية التدريج:

1- الاستجابات التأكيدية: تستخدم في إزالة قلق سوء التوافق الذي يستثار في المسترشد خلال التفاعل مع الآخرين بصورة مباشرة للشخص الذي يشعر بأنه أهين أو أنه قد جرح مشاعره عندما يوجه إليه النقد من أعضاء أسرته قد يدافع عن نفسه بالتهجم والعدوانية والغضب ، وهنا يتم التوضيح للمسترشد أن مخاوفه لا أساس لها من الصحة ، فضلا عن أنها تجعله يبدو عاجزا ، وهنا يحاول المعالج أن يكون لديه الدافع للتنفيس عن الغيظ والغضب عن طريق التمثيل ولعب الأدوار

2- التدريب على الاسترخاء العضلي العميق: يستخدم عادة أسلوب الاسترخاء أما كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالتقيض وذلك عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة

للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة ويعتمد أسلوب الاسترخاء على ظاهرة فسيولوجية معروفة ، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية ، ولهذا فإن الفرد في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتكون حركات لا إرادية مثل الرجفة في الجسم والابتسامات غير الملائمة وتدوير منطقة العين.. إلخ وتتوتر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب ويتعطل نشاط بعض الغدد مثل الغدد اللعابية فيجف ريقه ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته أما تعليمات الاسترخاء عند ولي فتبدأ بالذراعين أولاً ثم الرأس فالوجه والرقبة والكتفين ثم الظهر ويليه الصدر وأخيراً الأطراف ونظر لصعوبة العملية فقد أصبح البعض يستخدم في الوقت الحاضر العقاقير الطبية المساعدة على الاسترخاء⁽²⁰⁾.

7. دراسات خاصة باستخدام بعض برامج العلاج النفسي لخفض حدة الشعور بالوحدة النفسية :

أجرى (سليمان ، 1989)⁽²¹⁾ دراسة هدفت التعرف على مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي غير الموجه في التخفيف من معاناة الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة بلغ عددهم (25) طالباً ، قسمت إلى مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة . وقد أكدت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، مما يدل على مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي كوسيلة لعلاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية .

وهناك دراسة أخرى مقارنت مع الدراسة السابقة قام بها كل من كوت وماكور (Coopet & Macor, 1992)⁽²²⁾ وذلك بهدف التعرف على أثر استخدام العلاج النفسي الجماعي (الفيئات السلوكية) في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات المرتبطة بها وهي : القلق والعدوان والإحباط. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية بلغ عددها (24) مراهقاً ممن يدمنون تعاطي الكحوليات . وقد كشفت نتائج الدراسة عن مدى فاعلية العلاج السلوكي الجماعي في تخفيض حدة مستوى الشعور بالوحدة النفسية ، وكذلك في انخفاض مستوى المشكلات النفسية الأخرى المصاحبة لها .

وأيضاً أجرت (أسماء الحسين ، 1997)⁽²³⁾ دراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة.

حيث تكونت عينة دراستها من (20) طالبة من المقيّات إقامة داخلية بجامعة الملك سعود بالرياض. وقد أسفرت نتائج الدراسة على التحقق من مدى فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد مجموعة الدراسة التجريبية .

وقام (عامر ، 1991) بدراسة هدفت إلى محاولة تخفيض المستوى المرتفع من الشعور بالوحدة النفسية وكذلك تعديل مفهوم الذات لدى بعض الأحداث الجانحات المنحرفات جنسياً . وقد تكونت عينة الدراسة من (16) جانحة من المودعات بمؤسسة الفتيات القاصرات بعين شمس، تراوحت أعمارهن بين (16-17) عاماً، تم تقسيمهن عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة. وقد تم إخضاع كل حالة من أفراد المجموعة التجريبية لعدد من جلسات الإرشاد النفسي الفردي (طريقة الإرشاد النفسي المتمركز حول العميل) ، حيث تراوح العدد الكلي للجلسات لكل حالة ما بين (8-13) جلسة حسب ظروف كل حالة . وكان أهم ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة هو نجاح وفاعلية استخدام طريقة الإرشاد النفسي المتمركز حول العميل في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتعديل مفهوم الذات لدى كل أفراد المجموعة .

وهدف الدراسة التي قامت بها (نيفين زهران ، 1991)⁽²⁴⁾ للتعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لخفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المراهقات . وقد تكونت عينة الدراسة من (20) مراهقة يعانين من ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية ، تراوحت أعمارهن من (14-17) عاماً ، تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة وبعد استخدام البرنامج المصمم بالدراسة ، دلت نتائج الدراسة على مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية .

1. جودة، أمال (2006). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين، مجلة جامعة القدس المفتوحة، العدد (7)، القدس، ص.78
2. المزروع، ليلي عبد الله (2001). الشعور بالوحدة النفسية (مراجعة نظرية)، المؤتمر السنوي الثامن، المجلد الثاني، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص.642.
3. الجوهرة، عبد القادر شيبى (2005). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة
أم القرى بمكة المكرمة، (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة أم القرى: السعودية، ص.14.
4. المزروع، ليلي عبد الله، مرجع سابق، ص.642.
5. جودة، أمال(2006)، مرجع سابق، ص.77.
6. خوج، حنان أسعد (2002). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى: السعودية، ص.20.
7. جودة، أمال (2005). الوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال في محافظة غزة، المؤتمر التربوي الثاني الطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع وطموحات المستقبل، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، ص.782.
8. جودة، أمال(2005)، مرجع سابق، ص.780.
9. المزروع، ليلي عبد الله، مرجع سابق، ص.643.
10. الجوهرة، عبد القادر شيبى، مرجع سابق، ص.2.
11. أبو سريع، أسامة سعد (1993). الصداقة من منظور علم النفس، مجلة عالم المعرفة العدد (179)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ص.ص 43، 44

12. جودة، أمال (2005)، مرجع سابق، ص 790.
13. نفس المرجع، ص 785.
14. أبو سريع، أسامة سعد، مرجع سابق، ص.ص 47، 48.
15. البويرعات، سليمان (2008). العلاج السلوكي - قراءة نظرية وروية تطبيقية - جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، ص 16.
16. الخطيب، جمال محمد (2012). تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان، ص 28.
17. أبو أسعد أحمد عبد اللطيف (2001): تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر، عمان، ص 55
18. محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (1998). العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته. دار قباء القاهرة.
19. رشوان، عبد المنصف حسن على، العلاج السلوكي،
<http://www.almualem.net/saboora/showthread.php?t=17493>
- تاريخ الدخول: 2015/12/24 الساعة: 22:18
20. العزة، سعيد الحسني وعبد الهادي، جودت (1999) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان، ص 65.
21. سليمان، علي السيد (1989) : مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجمعي غير الموجه في تخفيف معاناة الوحدة النفسية بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، جامعة طنطا، ص 114 - 132.
22. Coopet, R. & Macor, M. (1992) : Short – Term group treatment children of alcoholics. Journal of counseling Psychology, Vol. 3(3), PP. 505 – 512

23. الحسين، أساء عبد العزيز (1997): فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود بالرياض ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة الملك سعود.

24. زهران، نيفين محمد (1999): فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي لخفض خبرة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المراهقات رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

(*) تتمثل هذه الاستعدادات الاجتماعية في: 1- الاتصال 2- التكامل الاجتماعي 3- فرصة العطاء 4- إعادة تأكيد القيم 5- اقتران الثقة 6- التوجيه.