رضوى محمد علي السيد

المهارات الاجتماعية
اضطرابها وعلاجها

يعرف العلاج النفسي بأنه علم تعديل السلوك البشري ولهذا السبب يولي المعالج النفسي اهتماماً كبيراً للمشكلات النفسية والاجتماعية التي تتملك الناس محاولا أن يقدم اقتراحاته واساليبه الملائمة للتغلب على هذه المشكلات.

والعلاج النفسي يتطلب اقامة علاقة اجتماعية مباشرة بين طرفين أو أكثر يقوم احدهما فيها (وهو المعالج أو المرشد)، بتقديم العون والنصح للطرف الاخر (المريض أو العميل)، بهدف تحديد مشكلات هذا الطرف الاخر وفهمها والمساعدة على حلها بشكل يؤدي إلى توافقه وفاعليته.

ومن هنا تنبع أهمية إهتمام المعالجين النفسيين والمرشدين بناحيتين من العلاج وتعديل السلوك وهما:

أ ـ إعانة المرضى وطلاب النصح على التخلص من أحاسيس التعاسة والضيق المصاحبة لغالبية الاضطرابات النفسية والعقلية كما سنرى بعد قليل.

ب ـ زيادة فاعلية المرضى وتشجيعهم على استغلال أقصى امكانياتهم ووظائفهم العقلية والحركية والوجدانية في ميادين العمل والأسرة والعلاقات بالاخرين وغيرها من مواقف تتطلب تفاعلا مع الاخرين ومواجهة لهم.

وإذا نظرنا إلى أي من هذين الهدفين السابقين، فإننا نجد أن الاهتمام بتدريب المهارات الاجتماعية وتدعيمها أمران على درجة كبيرة من الأهمية ان شئنا للناس أن يتغيروا تغيراً فعالا وايجابيا.

وتعود أهم الاسباب التي تجعل من تدريب المهارات الاجتماعية موضوعاً هاماً

إلى الرأي الذي يتبناه غالبية العلماء بأن الاضطرابات النفسية والمشكلات التي يواجهها الفرد في توافقه اليومي لواقعه تنعكس آثارها على علاقاته بالاخرين، فتضطرب وتأخذ انماطاً محددة من الاضطراب بحسب نوع المشكلات السائدة كما سنرى فيما بعد.

هذا من ناحية ـ وهناك دليل من ناحية أخرى ـ يثبت أن الفشل في تعلم الفرد للمهارات الاجتماعية الملائمة للمواقف المتنوعة التي يحتك بها تؤدي في النهاية إلى فشله في التكيف مع الواقع، وما يصحب ذلك من قلق أو اكتئاب أو احباط أو صراع أو غيرها من انواع الأمراض والاضطرابات النفسية.

ولهذا يجيء هدفنا من هذا المقال لكي نبين ما يأتي:

1 ـ أن فقدان المهارات الاجتماعية يصاحب بالفعل الاضطرابات النفسية الشائعة.

2 ـ أن نكشف عن أهم الاساليب أو الطرق التي يمكن استخدامها لتحسين المهارات الاجتماعية للمضطربين والمرضى، وسنرى بالفعل أن المهارات الاجتماعية أمر يمكن تعلمه وإذا تعلمناه، فإن الشخصية بكاملها قد تتغير نحو مزيد من الفاعلية والكفاءة.

3 ـ أن نصل إلى بعض الفرضيات المحددة التي يمكن أن نستنتجها من تدريب المهارات الاجتماعية بين الناس اللذين يفتقدون افتقاداً شديداً لها.

ونجد من الضروري قبل الدخول في تفاصيل هذه النقاط أن نحدد أنماط المرض العقلي والنفسي.

أ ـ فكرة عن الاضطرابات النفسية والعقلية الشائعة

هناك طريق تقليدي يتبناه طائفة من الاطباء النفسيين في تقسيم الاضطرابات النفسية فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى قسمين:

أ ـ العصاب أو المرض النفسي.

ب ـ الذهان أو المرض العقلي (ابراهيم، 1980).

أ ـ الاضطرابات العصابية:

والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وكثرة المخاوف، وعدم الاستقرار، والشعور الدائم بالتهديد وتوقع الشر، هم بعبارة اخرى تعساء وتتخذ تعاستهم شكلا محدداً أحياناً كالخوف المبالغ فيه من بعض الموضوعات **المحددة** أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، وقد تتخذ تعاساتهم أحياناً شكلا **غير محدد** قوامه مشاعر من الاكتئاب والقيود الداخلية والوساوس.

ولعل من أهم انواع العصاب المعروفة، **المخاوف المرضية (الفوبيا)، والهيستريا والاكتئاب**، وهناك أيضاً **الوساوس** الفكرية القهرية، وهي عبارة عن أفعال أو طقوس يجد الشخص نفسه مرغما على فعلها، منها غسل اليد مئات المرات أو العد القهري لاشياء تافهة كمصابيح الاضاءة والاشجار في الشارع، وقد يتخذ أحياناً شكل سيطرة بعض الافكار القهرية التي تتملك فكر الشخص ووعيه فترات طويلة من الوقت، ورغم أن بعض الوساوس في صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة كالتأكد مثلا من غلق مفتاح الغاز أو صنبور المياه أو مراجعة الطالب لدرس كان قد قرأه العديد من المرات قبل الامتحان إلا أنها في الحالات الشديدة غالباً ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح وحرية، وغالباً ما تحد من حريته في التفكير المطلق والحركة وتمنعه من أن يكون تلقائياً في المواقف التي تتطلب ذلك.

اما **القلق** فهو من اكثر الامراض العصابية الشائعة فهو عبارة عن انفعال شديد بمواقف أو أشياء أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال، وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف وشلل القدرة على التكيف الاجتماعي البنَّاء، وفي الحالات الشديدة جداً من القلق يبدأ الشخص في معاناة بعض التغيرات الفسيولوجية كالتعرق وتقلصات البطن والاسهال وتسارع نبضات القلب والتشنج والدوار.

وقريباً من حالات القلق ما يسمى **بالمخاوف المرضية** (الفوبيا) أو الخُواف، وبالرغم من أن كثيراً من المعالجين يعتبرون الفوبيا جزءاً من القلق، فإن الخوف في

حالة الفوبيا ينشأ مرتبطاً ببعض الموضوعات المحددة أو الاشخاص أو المواقف أو بعض المواقف النوعية الخاصة، وذلك كالخوف من الثعابين أو الاماكن المتسعة أو الظلام.

الحقيقة أن الانفعال الشديد والفزع والارتياع الذي يتملك الشخص في حالات الفوبيا يشبه كل الاضطرابات العصابية والقلق من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك مع انه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته، و«الفوبيا» يمكن أن تنشأ كاستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات لا تكون مفزعة في ذاتها في العادة، قد تكون هذه الموضوعات حيوانات أو اماكن أو اشخاص أو مواقف اجتماعية، وتعتبر القطط والكلاب والاماكن المرتفعة والظلام والدم والادوات الحادة ومواجهة الناس، والنقد، والجنس الاخر والوحدة، والحديث أمام الاخرين، وبعض الوجوه، وبعض الأيام، كلها وغيرها تكون موضوعاً للخوف الشديد والفوبيا.

ما المرض العصابي الرابع فهو **الاكتئاب** وهو يكون مصحوباً في كثير من الاحيان بالقلق واليأس والنوم المنقطع والأرق ومشاعر الذنب المبالغ فيها والحزن والتشاؤم وفقدان الشهية والبكاء المتكرر وانعدام الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات، وتسيطر على المكتئبين عادة افكار بأن حياتهم عديمة الجدوى وانها خالية من المعنى والفائدة، وليس نادراً لهذا من أن يجد المكتئبون أن البديل الوحيد لاحزانهم وتعاستهم هو الدخول في تصرفات يائسه كالعزلة التامة، أو كما في الحالات الشديدة كالانتحار.

وتعتبر **الهيستريا** الشكل الخامس من العصاب وتتبلور اعراضها بوجود شكاوي جسمية ليس لها اساس عضوي فعلي يتمكن الطبيب من علاجه، قد تكون هذه الشكاوي في الغالب هروباً من المسؤوليات والالتزامات المفروضة لهذا توجد الاعراض الهيستيرية بين الاشخاص غير الناضجين ومن ذوي الذكاء المحدود، ومن اشكالها العمى الهيستري والصراخ والانفعالات الزاعقة والتشنج وفقدان الذاكرة، والهيستريا غالباً ما تهدف هدفاً ثانوياً، فهي تساعد الشخص على تجنب

المشكلات وتجعله مركزاً للاهتمام والرعاية وتعطيه تبريراً لعجزه في مواجهة الاحباطات في العالم الخارجي.

ب ـ الاضطرابات الذهانية:

هذا عن العصاب أما الطائفة الاخرى من الاضطرابات فهي **الاضطرابات الذهانية**، والذهانيون نطلق عليهم احياناً اسم المرضى العقليين والمجانين ويشتركون مع العصابين في التعاسة وسوء التكيف، ولكنهم خطرون على أنفسهم وعلى الاخرين أحياناً، وعديمو الفاعلية، والذهانيون عادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الاخرين ـ اضطراباتهم حاسمة وخطرة وتمس التفكير أو السلوك الاجتماعي أو المزاج أو هذه الاشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ويمثلان نوعين منفصلين من الاضطرابات، فاضطرابات العصابي في الغالب انفعالية ولا تحرم المريض من الاستبصار بحالته، فهو يعرف انه غير سعيد ويعرف ان مخاوفه لا منطقية ولا مبرر لها، ولكنه لا يستطيع ان يحمي نفسه منها، اما اضطرابات الذهاني فهي أساساً اضطرابات مصدرها اختلال التفكير وإن كانت تؤثر أيضاً في الجوانب الانفعالية والاجتماعية، ويصل اختلال التفكير في حالات الذهان درجة كبيرة في بعض الحالات، مما يجعل الذهاني غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة على الذات أو على الاخرين.

ويعد **الفصام** أو الشيزوفيرنيا من أهم الفئات الذهانية المعروفة، ويكون الفصاميون 80% تقريباً من الذهان، والفصامي كغيره من الذهانيين شخص فقد صلته المعقولة بالواقع، كلماته غير مترابطة ومبهمة وغامضة ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن اختيار أياً من المشاعر الوجدانية بسبب تبلده الوجداني وعزلته الشديدة عن الاتصال الاجتماعي، وتتملك الفصامي معتقدات زائفة (هواجس كثيرة وشديدة القوة) وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة والتوجس، وفي بعض حالات الفصام تتخذ المعتقدات الزائفة شكل هواجس قوية من الشعور

بالعظمة والاضطهاد، وعندما يصبح هذا الشعور بالعظمة أو الاضطهاد هو الغالب على سلوك المريض وهو محور علاقاته وتفاعلاته بالعالم وبمن حوله يسمى بالبارانويا، وبالرغم من التناقض بين شعور العظمة والاضطهاد فغالباً ما يتلازمان في حالات البارانويا.

وتتملك بعض الفصاميين إدراكات حسية زائفة أي ليس لها أساس فعلي يعانيه الاخرون، يطلق عليها الاطباء العقليون اسم الهلاوس وأكثر انواع تلك الهلاوس شيوعاً الهلاوس السمعية التي يصر من خلالها الشخص انه يسمع اصواتاً حقيقية لا يسمعها الاخرون قد تكون اصواتاً واضحة أو مبهمة أو قد تكون لاناس ميتين أو أحياء، مشاهير أو أنبياء يعتقدون أنها تأتيهم عبر الأثير أو عبر الأجهزة المرئية أو المسموعة وهناك الهلاوس البصرية التي تأخذ شكل يقين ثابت لدى الذهاني بأنه يرى امامه أخيلة أو اشكالا انسانية أو حيوانية يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها المحيطون به.

والفئة الثانية الكبرى من الذهان ما يسمى **بالهوس**، والمهووس شخص تجده في حالة إستثارة دائمة لا يكف عن الكلام والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر، وهو يشابه الفصامي في أن سلوكه مضطرب وتفكيره تحت رحمة الهواجس، إلا أن هواجسه تدور حول قوته ومهاراته مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء تقريباً، بدءاً من قيادة الدول والجيوش إلى الغزوات الجنسية، وغالباً ما يتلو نوبة الهوس نوبة من الاكتئاب الشديد والعزلة والحزن، وفي هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب يقيم الشخص اعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى والنفع بالرغم من كل تصرفاته المهووسة والمصطنعة السابقة، ونظراً لتلازم الهوس والاكتئاب فإن الاطباء وعلماء النفس ينظرون لهذا النوع من الذهان على انه نوع واحد يطلقون عليه اسم الذهان الدوري ابرازاً لما فيه من انتقال دوري من حالات الاستثارة إلى الكآبة ثم الاستثارة وهكذا.

وهناك أيضاً **السيكوباتيون** أو من يسمون أحياناً بالجانحين أو المجرمين، وهؤلا طائفة من الناس ولو انهم لا تبدو عليهم اعراض نفسية أو جسمية بالمعنى

السابق، إلا أن سلوكهم لا يمكن من وجهة نظر المجتمع ان يكون سلوكاً متزناً أو عاقلا على الاطلاق، لهذا فهم يعاملون على انهم ذهانيون، وهم يختلفون عن العاديين من البشر في عدد من الفروق الرئيسية منها الاندفاع والعدوان المتكرر وضعف الضمير والعجز عن حساب نتائج الافعال والبطء الشديد في بعض انواع التعلم التي يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع، فضلا عن ضعف المشاركة الوجدانية لديهم والعجز عن تقدير مشاعر الاخرين.

ولأن السلوك السيكوباتي دائماً يظهر في شكل معادي للمجتمع وجانح، فإنه يدعي أحياناً بالمرض الاجتماعي ـ السوسيوبات ـ وبرغم من أن الجريمة هي السلوك الذي تلجأ إليه هذه الفئة لحل صراعاتها النفسية فإن هناك انواعاً اخرى من الانحرافات اللاإجتماعية التي تشيع في هذه الفئة كالسرقة والكذب، ويُظن خطأً بأن الادمان على الخمور والعقاقير والبغاء ينتمي لهذه الفئة غير أن لهذه الاضطرابات مشكلات خاصة وبواعث مختلفة بعضها اجتماعي وبعضها نفسي، ولو أن من لديهم الاستعداد السيكوباتي غالباً ما يتشيعون لهذه الاضطرابات (للمزيد عن الاضطرابات العصابية والذهانية انظر Coleman, 1976).

والان وقد عرفنا انواع الاضطرابات النفسية والعقلية الشائعة وخصائصها، ننتقل إلى ما يصاحب هذه الامراض من اضطراب في السلوك الاجتماعي.

ب ـ الاضطرابات النفسية والعقلية كمصدر لاضطراب المهارات الاجتماعية وسبب لها

ثمة إتفاق بين الباحثين (Argyle, 1967)، على أن الشخصية عندما تضطرب وتتأزم تضطرب معها أنماط تفاعل الفرد بالاخرين، ومن غير المعروف ما إذا كان هذا الاضطراب الاجتماعي مصدراً للمرض النفسي أو سبباً فيه، على أن هناك من الدراسات (ما يؤكد ان المرضى العقليين والنفسيين المحجوزين بالمستشفيات النفسية يميلون أكثر من العاديين إلى العزلة الاجتماعية ويعزفون عن الاستمرار في الاحتكاك بالاخرين لفترات طويلة، أضف لهذا أن دراسة انماط محددة من المرض

العقلي والنفسي تبين أن اضطرابات التفاعل مع الاخرين واضطراب السلوك الاجتماعي يأخذ نمطاً مختلفاً باختلاف نوع المرض النفسي أو العقلي ووجهته).

ففي حالات القلق تأخذ الاضطرابات بالعلاقة بالاخرين شكل **التناقض والحمق والتطرف**، وبالرغم من أن الكثير من المصابين بأمراض القلق والمخاوف يظهرون على السطح حساسية فائقة لمشاعر الاخرين، فإن هذه الحساسية غالباً ما تأخذ شكلا متطرفاً تجعل من الشخص يكثر من لوم نفسه ونقدها، وغالباً ما يتجه إلى لوم الاخرين ونقدهم، ويضعف هذا في النهاية قدرة العصابي المصاب بالقلق على أن ينمي تفاعلا ايجابياً ناجحاً.

وثمة ما يؤكد أن القلقين غالباً ما يكوِّنون مستوىً مرتفعاً من التوقع، فهم يتوقعون من الاخرين أن يقدمون لهم أحياناً أكثر مما يجب ولهذا غالباً ما تأخذ علاقاتهم شكل التناقض والتوتر والتقلب النفسي الاجتماعي السريع (إبراهيم، 1980).

وللامراض العقلية أثر مماثل على أساليب التفاعل الاجتماعية للفرد، ولو أن الاضطراب الاجتماعي هنا يأخذ وجهة اخرى، فالاضطرابات الاجتماعية لدى الفصاميين ـ على سبيل المثال ـ تأخذ أشكالا مختلفة منها الميل إلى العزلة الاجتماعية الشديدة واللاإكتراث بما يدور في البيئة الاجتماعية للشخص، ولهذا تبين الدراسات التي اجريت على بعض الفصاميين أنهم أقل اهتماماً بالاحداث الاجتماعية والسياسية التي تدور في بيئتهم (Klein & Grossman, 1967)، فمعلوماتهم السياسية دون معلومات الاخرين، وانفعالاتهم بالاحداث الخارجية اقل بكثير من انفعال الاخرين بنفس الاحداث وتأكدت هذه النتائج في عدد من الدراسات التي أجراها «ابراهيم»، و«فرومكين» عن المعلومات السياسية والاتجاهات الاجتماعية لفئات من المرضى الفصاميين المحجوزين في المستشفيات والمصحات النفسية (Ibrahim, 1980).

وهناك اتفاق على أن المهارات الاجتماعية تتطلب أحياناً **إحتكاك بالبصر** مع الاخرين أثناء مواقف التفاعل، ولهذا فإن تجنب النظر في عيون الاخرين عند

الحديث معهم مثله مثل الحملقة الشديدة، قد يكون انعكاساً لضعف في المهارات الاجتماعية والتواصل الجيد الملائم، وقد قام حديثاً باحثان بدراسة أنماط الحملقة أثناء الحديث لدى فئات من الفصاميين والمكتئبين والأسوياء بأستخدام بعض الاجهزة التي مكنتهم من تقدير طول فترة النظر والتفرس في وجوه الاخرين، فتبين لهما أن الفصاميين من أقل الفئات على الاطلاق استمراراً في الاحتكاك البصري بالاخرين ويزداد ضعف هذا الاحتكاك عند الحوار بين فصامي وفصامي آخر.

ويمكن أن تؤخذ هذه النتيجة كعلامة تضاف إلى النتائج التي تأكدت في دراسة السلوك الفصامي من أنهم يدخلون في علاقات اجتماعية محدودة للغاية، وانهم يتجنبون الاحتكاك ويفضلون الانسحاب والعزلة والانفصال عن الناس الاخرين، ولقد أكد آرجايل وكنوم (Argyle & Kenom)، أن الفئات الفصامية من أقل الفئات على الاطلاق قدرة على مداومة الالتقاء البصري، وأن التقاء عيونهم بالاخرين قليل للغاية وإذا حدث فإنه يستمر لفترات قصيرة (Argyle, 1967).

وتحاول بعض النظريات الحديثة أن تنظر للفصام بصفته نتاج لفقر الاتصال الاجتماعي وتناقضه في البيئات المبكرة للفصاميين، وهناك نظرية تثبت أن الاتصال بين الام والطفل الذي قد يتحول إلى فصامي يأخذ ما يسمى شكل الرسائل المزدوجة، ويرى باتسون Bateson (Jackson, 1954)، صاحب هذه النظرية أن الطفل الفصامي يتعرض في طفولته لرسائل متعارضة متناقضة متصارعة من الأبوين خاصة الأم، وبهذا يوضع الطفل في موقف مزدوج بحيث يصبح مخطئاً مهما كان تصرفه.

على سبيل المثال قد تُعبر الأم لفظياً عن حبها للطفل وعن شعورها بدفء هذه العلاقة، ولكن سلوكها نحوه بعكس كلامها يكون بارداً ورافضاً له خاصة إذا حاول الطفل ان يتصرف نحوها بطريقة تتلائم مع ما كانت تعبر له لفظياً من مودة أو حب، إن الأم هنا ببساطة تتصرف بطريقة معينة أو تتكلم بطريقة معينة ولكنها تتوقع استجابة مختلفة بحيث أن الطفل يتلقى رسائل أو منبهات بأنه يجب ان

يسلك على نحو معين، ولكنها رسائل تتضمن في الوقت عينه بعض المعلومات التي تتناقض مع ذلك تناقضاً ملحوظاً، لذلك يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفشل مما يجعله عاجزاً عن التصرف مفضلا بدلا منه الانسحاب نحو عالمه الخاص واللاإكتراث الانفعالي بما يدور حوله من تصرفات يعرف أنها غير حقيقية وهذا ما يميز الفصام، ولكي نعرف مدى خطورة اسلوب التواصل المزدوج اجرى إريكسون Erickson (Jackson, 1954) تجربة قام من خلالها في احدى ندواته بوضع أحد الطلاب المعروف عنه حب التدخين إلى يمينه، واتفق مع مجموعة أخرى من طلابه ـ دون علم هذا الشخص ـ أن يقاطعوه أثناء محاولته تقديم سيجارة لهذا الشخص بعدد من الاسئلة المشوقة.

لقد كان يهدف الباحث إلى أن يرى الاثار النفسية التي يمكن ان تنجم عن وضع شخص في موقف مزدوج مثل العطاء وسحب العطاء (أي تقديم سيجارة للشخص ثم التراجع عن ذلك في آخر لحظة بسبب موضوع الحديث)، وهكذا كان اريكسون وهو مندمج في حديثه يقدم سيجارة لهذا الشخص وعندها يسمع سؤالا من أحد الطلاب الاخرين فيتراجع في آخر لحظة عن تقديم السيجارة وهكذا لعدد من المرات.

وعندما سأل الطلاب الشخص المدخّن بعد هذا ما إذا كان تلقي سيجارة من اريكسون أم لا؟ أجاب المدخّن عن أي سيجارة تتحدث؟ فضلا عن هذا فقد رفض هذا الشخص سيجارة مقدمة له من شخص آخر قائلا بأنه **يفضل الانصات** للمناقشة (Jackson, 1954).

ها هنا نجد مثالا لاسلوب الاتصال المزدوج أو تلقي رسائل متناقضه من شخص آخر، ونجد أن النتائج أيضاً هي نوع من الانكار الكامل ونسيان لما حدث وعزوف عن الاتصال بالاخرين (برفض السيجارة التي قدمت له من شخص آخر)، وهي أعراض شبيهة بما يحدث للفصاميين (Jackson, 1954).

والاكتئاب شكل آخر من الأمراض النفسية العقلية التي تترك آثاراً ملحوظة على السلوك الاجتماعي، فنجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد وعلاقاته

الاجتماعية تتقلص ويتقوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل وعجز ويتجنب المكتئبون في تفاعلاتهم مع الاخرين ان يعبروا عن العدوان والكراهية في المواقف التي تتطلب ذلك، أما بسبب شعورهم بالذنب الشديد في تفاعلهم مع الناس أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدي إلى رفض الاخرين لهم، والمكتئبون يخافون من رفض المجتمع ويتصيدون رضاء الناس.

وقد نجح سيلجمان (Seligman, 1975) في أن يصوغ نظرية تقوم على البحث التجريبي لتثبت تأثير العامل الاجتماعي في الاكتئاب، ولكي نعرف مؤدى نظريته فإلى أحد التجارب التي اجراها هذا العالم:

في أحد التجارب تبين أن الكلاب التي توضع في صندوق مغلق تصدر منه طرقعات صوتية عنيفة دائمة بحيث لا يمكن للكلاب إيقافها أو التحكم فيها، سرعان ما تظهر على سلوكها في البداية خصائص قريبة في بنائها من الخصائص التي تميز المصابين بالقلق، إذ تأخذ الكلاب في التجول بين أجزاء الصندوق بنفاذ صبر وبانزعاج شديد، ولكنها وبعد دقيقة واحدة سرعان ما تتوقف عن السير وتلبث في مكانها دون حركة أو مقاومة، لقد أصاب اليأس الكلاب، ومن الطريف أنه تبين أن وضع الكلاب باستمرار في مواقف يائسة كهذا الموقف ينتهي بها حتى خارج الصندوق إلى حالة قريبة تماماً من حالات الاكتئاب البشري، فهي تبدأ في فقدان الوزن وتضعف شهيتها للطعام ويصبح نومها متقطع (Seligman, 1975).

وهكذا ينجح هذا الباحث في إثبات أن الاكتئاب مرض نفسي يرد في واقع الأمر إلى العجز عن التأثير في البيئة، بعبارة أخرى تكون البيئة الاجتماعية المحيطة بالمكتئب مصدراً للاحباطات التي ليس في امكانه أن يواجهها بحلول معقولة، وحتى مواقف الاكتئاب النفسي التي تصيبنا إثر وفاة قريب أو فقدان عزيز ممكن تفسيرها بنفس هذا المعنى.

ومن المعتقد أيضاً أن نظرية اليأس المكتسب هذه تقدم إجابة مقنعة لما بينته البحوث من أن المرأة اكثر اكتئابا من الرجل سواء قبل الزواج أو بعده، فالواضح أن اساليب التنشئة الاجتماعية المبكرة للفتيات تحاول أن تشعرهن بالعجز عن

التحكم في الأمور حتى في الموضوعات التي تتطلب قرارات شخصية كاختيار الفتاة لصديقاتها أو للاختلاط الاجتماعي أو حتى الزي الذي ترتديه.

ومن الطبيعي أن يؤدي هذا الاسلوب القائم على الحرمان من حق تقرير المصير إلى الوقوع فريسة لليأس وعندها تكون أول استجابة وهي القلق، ثم إذا استمر الفشل في تقرير المصير يأتي الانسحاب وتأتي السلبية واللاإكتراث وهي العناصر الممثلة أو المكونة للاكتئاب.

وفي وسعنا بعد هذا أن نحدد الاضطرابات التي تمس الفرد في علاقته بالاخرين نتيجة للمرض النفسي أو العقلي في نقاط منها:

1 ـ اضطراب الاتصال الاجتماعي السليم :

فمن المعروف أن الاتصال العادي أو السليم يتطلب أن يتبادل شخصان أو أكثر معلومات يكون من شأنها الاعانة على حل المشكلات وتعميق العلاقة بين الاطراف الداخلة في عملية التفاعل، هكذا تكون أي علاقة اجتماعية سليمة كعلاقة الاب بأبنائه، أو الزوج بزوجته، أو المدير بمرؤوسيه، أو الزملاء بعضهم بالبعض الاخر في مواقف الجد أو اللهو، لكن في أحيان كثيرة ينقطع حبل الاتصال الجيد بالاخرين، أما بسبب سوء الفهم أو الغيظ أو الغموض في الاتصال أو العدوان أو ربما نتيجة لضعف موروث في فهم العلاقات الاجتماعية السليمة.

وقد تبين أن انقطاع الاتصال الاجتماعي الملائم سمة مشتركة في كل المشكلات النفسية والاجتماعية ولكن بدرجات متفاوتة، فهي تأخذ شكلا صارخاً في الامراض العقلية كالفصام بسبب نظرية الرسائل المزدوجة التي سبق ذكرها.

وبالمثل نجد أن الاندفاع الشديد والعداء والكراهية نحو الاخرين التي تنتشر في بعض الامراض العقلية الاخرى كالسيكوبات يمكن ردها إلى فشل الاتصال، ولكي ينجح الاتصال الاجتماعي لابد ان يكون مشبعا للطرفين، ولهذا فإن المشكلة في بعض الاضطرابات النفسية والعقلية (كالبارانويا والسيكوبات) لا تكمن في افتقار للغة الاتصال بالاخرين، فهم قد ينجحون بالفعل في الاتصال ولكن اتصالهم لا

يكون مشبعاً للاخرين، فالناس العاديين لا تقبل السيكوباتيين أو الفصاميين بشروطهم الخاصة مما يؤدي إلى بتر دائرة الاتصال قبل اكتمالها في شكلها الملائم.

2 ـ نقص الكفاءة في تبادل العلاقات الاجتماعية :

العلاقات بالاخرين في صورتها المثلى تتطلب قدراً كبيراً من الأخذ والعطاء، ان تعطي للاخرين بثقة وأن تتلقى منهم دون احساس بالذنب أو النقص أو العجز (Filts, 1970) وإذا ازدادت كفاءاتك على العطاء زاد عائدك من عطاء الناس، وبالتالي يصبح النمو الشخصي أكثر يسراً وتصبح القدرة على تحقيق الذات أكثر سهولة.

ولا يقتصر العطاء بالطبع على العطاء المادي، بل يتجاوزه على العطاء من وقتك ومشاعرك واهتمامك بنمو الاخرين واكتراثك لما يحدث لهم.

ويزداد نصيب المرضى من نقص كفاءة هذا التبادل السليم بين الأخذ والعطاء، فالمكتئبين بشكل خاص والاشخاص في مواقف القلق يعجزون عن اقامة علاقات اجتماعية متبادلة بسبب عجزهم عن اقامة علاقة تقوم على الثقة والتقبل والفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء وتنحصر في حدود ضيقة.

3 ـ نقص الادراك الجيد لمشاعر الاخرين وسلوكهم :

هذا العامل ييسر التفاعل الاجتماعي السليم ويحدد لك دورك جيداً في علاقاتك بالاخرين فتعرف من منهم يختلف معك أو يعترض عليك، ومن منهم يتفق معك أو يؤيدك.

وتتشوه القدرة على ادراك مشاعر الاخرين وتفسير سلوكهم خاصة في حالات الفصام والسيكوبات، فلا يعرف الشخص مَنْ مِنْ الناس يوافق على تصرفاتهم أو يستهجنها، ومن المعتقد أن مشكلات المهاجرين والعُمي والصم تنبع من الصعوبة في تلقي المنبهات الاجتماعية والرسائل تلقياً دقيقاً، وبالتالي يكون عجزهم عن إقامة احكام دقيقة على سلوك الاخرين.

4 ـ الافتقاد لحرية التعبير الطليق :

الانسان العادي يشكل سلوكه على حسب المواقف الاجتماعية المختلفة، وبالتالي يشكل قدراته ويطور مهاراته في التعبير عن مشاعره وانفعالاته، ولاسباب مختلفة قد نعجز عن التعبير عن مشاعرنا في المواقف التي تتطلب اتصالا ايجابياً بالاخرين، ولهذا تتحول إلى شخصيات مقيدة اجتماعياً وعاجزة عن ان تطالب بحقوقها.

وتضطرب هذه القدرة على التعبير عن المشاعر بشكل خاص في الحالات العصابية ولدى الاشخاص المعزولين اجتماعياً، ويبدو أن ما نصف به هؤلاء الافراد من ميل للتناقض والتقلب والحمق وفقدان للتوهج والتحمس، إنما ينبع من عجزهم عن أن يلبسوا لكل موقف إنفعالي إجتماعي لباسه الملائم (La zaruo, 1971).

5 ـ العجز عن القيام بمتطلبات الدور الاجتماعي :

يقوم كل منا في اللحظة الواحدة بدور أو أدوار اجتماعية تتطلبها العلاقات بالاخرين، ويقوم جزء كبير من النجاح الاجتماعي للشخص على القيام بالدور المطلوب منه قياماً ناجحاً، ففينا الطالب، والاستاذ، والزوج والزوجة، والطبيب، والموجه .. إلخ.

ويتحدد اسلوب الشخص وتفاعله بالاخرين على ما تمليه عليه توقعاته عن الدور الذي يقوم به، فالأب بتصرف مع الابن بحسب توقعاته عن دوره كأب وبحسب توقعات الابن عنه (Gren, 1973)، ويقوم الفرد الواحد في اللحظة الواحدة بأكثر من دور، فالرجل في المنزل هو أب بين أبنائه وزوج بالنسبة للزوجة، والمدير في مؤسسة هو رئيس بين مرؤوسيه ومرؤوس بين رؤوسائه، والفرد الناجح هو مَنْ ينتقل في تفاعله مع الاخرين بحسب ما تمليه التوقعات الاجتماعية المطلوبة لاداء الدور.

ويضطرب اداء الفرد في احيان كثيرة في أدائه للادوار المطلوبة منه، وذلك بسبب أشياء متعددة منها:

1 ـ عجزه عن فهم متطلبات الدور الذي يقوم به كما في حالة المراهق الذي

يرفض دوره كابن يحتاج من أبيه للنصح والدعم.

2 ـ ومنها أن تثار توقعات متعارضة للدورين أو أكثر، فمدير المؤسسة الذي يستغرقه عمله استغراقاً شديداً قد يمنعه من القيام بدوره كأب أو كزوج مما يجعله يصاب بالارتباك ويبدأ من معاناة المشكلات والصراع.

3 ـ وقد ينتج الفشل في أداء الادوار الاجتماعية بسبب عوامل انفعالية، كعجز الشخص عن تأكيد ذاته والثقة بالنفس، وإعطاء الأوامر فلا يقوم بأدواره القيادية بشكل ملائم.

4 ـ ويزداد الاضطراب في أداء الأدوار في الحالات العصابية والعقلية على السواء، إلا أن أكثر الناس عرضة له الفئات العادية من الناس التي يتطلب عملها التوجيه والاشراف، كالمدرسين، والمديرين، والمشرفين على الهيئات العامة والمنظمات الاجتماعية والسياسية والمؤسسات، ولهذا تنتشر في هذه الفئات أمراض القلق، والتوتر، والصراع، فضلا عن الامراض الجسمية ذات المصدر النفسي (الاضطرابات السيكوسوماتية) كقرحة المعدة، وارتفاع ضغط الدم.

جـ ـ تدريب المهارات الاجتماعية والاساليب المستخدمة لذلك

يستلزم العلاج النفسي السليم وتشجيع الفرد على التغلب على مشكلاته الاجتماعية والنفسية والعقلية على السواء، العمل على التطوير الفعَّال لتفاعلات الفرد الاجتماعية بالاخرين، وتدريب مهاراته على ذلك، ويستخدم المعالجون النفسيون لذلك أساليب متعددة منها:

1 ـ التدريب على لعب الأدوار:

ويقوم هذا الاسلوب على تشجيع المريض، أو طالب النصح لمشكلة ما أن يقوم بممارسة السلوك الذي يسبب له المشكلة في ظروف أقل تهديداً، بعبارة أخرى فإن التدريب على لعب الأدوار يتطلب تدريبا سلوكيا للفرد بهدف تعليمه كيفية التعبير

عن مشاعره وأفكاره بطريقة ملائمة مع الاخرين، لنفرض مثلا أن المريض يعاني مشكلة في اقناع الأب ببعض حاجاته الخاصة أو إتجاهاته، فإن المعالج يتولى دور الأب بينما يشجع المريض على التعبير عن ذاته في جو أقل نقداً، وأكثر تقبلا (Fitts, 1970)، ومن خلال التشجيع والتوضيح المستمرين، والاقتراحات المختلفة التي يبديها المعالج أثناء تدريبه للمريض يمكن للمريض أن يكتسب مهارة في معالجة مشكلته الحقيقية.

وغالباً ما يتطلب أسلوب لعب الأدوار تشجيع المريض بعد تدريبه على أداء بعض الادوار أن ننتقل به للبيئة الفعلية، لكي يمارس السلوك بنفسه وعمداً، ولو أن ذلك غالبا ما يتم تدريجيا وببطء ودون مواجهة قوية ـ في البداية لمصادر التهديد والاحباط ـ ويتطلب النجاح في هذا الاسلوب أيضاً أن يشجع المعالج المريض على التدريب مرات عديدة، ومن المعروف أن من أهم المشكلات التي تواجه إستخدام أسلوب لعب الأدوار هو ميل بعض المعالجين إلى انهاء جلسات التدريب قبل الأوان، وقبل أن يكون المريض قد اكتسب بالفعل المهارة على أداء الدور بنجاح في المواقف الفعلية (Flowers, 1975)، ومن الضروري أن يعرف المعالج أن الهدف من لعب الأدوار ليس هو اعطاء المريض إستبصاراً بالمواقف الاجتماعية (وإن كان يستخدم لذلك أحياناً)، ولكن هدفه الرئيسي هو التدريب على تعلم مهارات اجتماعية محددة يتطلب أداؤها ـ كأي نوع من التعلم ـ محاولات متعددة (Flowers, 1975).

ويستخدم هذا الاسلوب الان لتدريب الافراد على التقدم للمقابلات الشخصية مع المديرين والرؤوساء بهدف الحصول على عمل، أو التقديم على عمل معين، وقد أصبحت مؤسسات العلاج النفسي بالولايات المتحدة تعين مختصين في العلاج بهدف هذه التدريبات وعادة ما يقوم هؤلاء المعالجون بتدريباتهم لخمس قدرات رئيسية ضرورية للنجاح في هذا النوع من المقابلات هي:

1 ـ تدريب القدرة على وصف المهارات الشخصية والخبرات.

2 ـ التدريب على إجابة الاسئلة المحرجة التي قد يسألها القائمون باللقاء

الشخصي.

3 ـ التدريب على الظهور بمظهر جيد، والخلو من اللوازم الحركية والقلق.

4 ـ الظهور بمظهر الحماس.

5 ـ إنهاء المقابلة الشخصية بطريقة تسمح بامكانية الاتصال فيما بعد (Flowers, PP. 159-195, 1975).

ويؤدي اسلوب لعب الأدوار فضلا عن ذلك إلى تغييرات حاسمة في الشخصية خاصة في المشكلات الناتجة عن ضعف المهارات الاجتماعية، كإلقاء محاضرة أمام مجموعة من الزملاء أو الطلاب، أو القلق الذي يصيب الشخص في وجود أفراد من الجنس الاخر نتيجة لافتقاده لمهارات الحديث وتبادل الاتصال (إبراهيم، 1983).

وتبين النتائج أن التدريب على مواجهة المواقف المحيطة قبل حدوثها يؤدي إلى زيادة في الثقة بالنفس، وزيادة المهارات الاجتماعية لمواجهة مشكلات التوافق مع مجتمع يثير الاحساس بالتهديد واللاطمأنينة.

وفي السنوات الأخيرة أمكن للمعالجين (Kaufman & Wagner, 1972)، أن يطورا في أساليب اللعب بالأدوار بحيث تستخدم في معالجة المشكلات الاجتماعية الاخرى مثل **الميول العدوانية والاندفاع**. فمن المعروف أن جزءاً كبيراً من المشكلات الاجتماعية تنتج لا بسبب السلبية وضعف الثقة بالنفس فحسب، بل قد تكون نتيجة للاندفاع الشديد والعدوان والمبالغة الانفعالية في الاستجابة لمواقف يمكن تخطيها بقليل من الحكمة والمهارة، وتقوم مثل هذه البرامج على إثارة مواقف يكون من شأنها إثارة الغيظ والغضب، ومن خلال ذلك يُدرب الشخص على ضبط النفس وعدم الاندفاع باستخدام الاساليب الاتية:

أ ـ تأكيد الالتقاء البصري والنظر المباشر في عين الشخص عند الاستجابة للمواقف الباعثة على الغيظ والغضب.

ب ـ اتخاذ وضع جسمي واثق ولكن بوضع غير عدواني.

جـ ـ نبرات صوت معتدلة، وليست صارخة، أو منكسرة.

د ـ استجابة لفظية بهدف تجنب تطور المشكلة، ولكن بهدف إنهائها نهاية إيجابية.

2 ـ التدريب على معالجة مواقف التفاعل بطريقة واثقة وملائمة:

تبينا أن كثيراً من الاضطرابات تحدث نتيجة لفشل الفرد في معالجة بعض المواقف الاجتماعية بطريقة واثقة ومنطلقة، ففي كثير من الاجتماعات العامة والاحتكاك بالاخرين والمناقشات الرسمية (أو غير الرسمية)، قد نواجه بأنواع معينة من تصرفات بعض الأفراد كالتهجم أو المقاطعة، وقد تكون مواجهتنا لهذه المشكلات إما بالسلبية، أو العداوة والاندفاع، وكلا الاسلوبين من المواجهة لا يعتبرا في الحقيقة إسلوبان ناجحان لمعالجة المشكلات التي تثيرها مثل هذه المواقف.

وتوجد في الوقت الحالي أساليب من العلاج السلوكي تهدف إلى تدريب الأشخاص على مواجهة مثل هذه المواقف منها:

أ ـ **التشجيع على حرية التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء**، سواءاً كان ذلك في الاتجاه الايجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والمشاعر الدالة على الاستحسان والتقبل والحب، والود، والصداقة، والاعجاب، أو في الاتجاه السلبي أي في اتجاه تدريب الشخص على إظهار غضبه، وألمه وحزنه، وخوفه وربما عدوانه، والتدريب على العدوان في العلاج النفسي يختلف عن العداوة فهي لا تخدم التوافق (ابراهيم، 1980).

ب ـ **تنطيق المشاعر**، أي التدريب على التعبير اللفظي عن المشاعر والانفعالات الداخلية بكلمات منطوقة وصريحة وبطريقة تلقائية، وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات مختلفة من الانفعالات سواءاً ما تعلق منها بإظهار السرور والود (إنني سعيد بالتعارف عليك)، أو العدوان (حمدا لله لقد انتهى هذا الحديث الممل)، بعبارة اخرى، فإن تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت

عالي يجب أن يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، والقاعدة الصحية في ذلك هي أن تكون صادقاً وأميناً مع الشكل الانفعالي السائد لديك، وربما يتصور البعض أن تعبيرك عن الحب أو الاعجاب قد يعني النفاق والتلاعب بمن هم حولنا، لكن هذا غير صحيح، فالنفاق والخداع يتضمنان صورة مضللة غالباً ما يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية، لكن الحرية في التعبير الايجابي عن انفعالات التقبل تعني قدرة على إعطاء عائد صادق وأمين، وتعود على الشخص نفسه بمزيد من الثقة والقوة في التعبير عن ذاته، وتعود على الاطراف الداخلة في عملية التفاعل جميعها بنتائج إيجابية من حيث توطيد الاتصال الايجابي والتكيف الفعال (La zarus, 1971).

جـ ـ **التأكيد السلبي**، ويستخدم هذا الاسلوب عندما تكون بالفعل قد قمت بخطأ ما يستحق اللوم أو النقد الذي يوجهه لك شخص آخر (زميل أو رئيس أو قرين) عندها اعترف بوضوح بالخطأ، ولكن على أن تبين بوضوح أن خطأك لا يعني أنك بكاملك شخص سيء أو أنك سيء النية (مثال: آه لقد ارتكبت فعلا هذا الخطأ، على غير عادتي ولم يكن هذا للاسف عن قصد بها)، (Smith, 1975).

د ـ **تجريد الانفعال الخارجي (كالغضب) من قوته، أو سلاحه**، ويتضمن هذا الاسلوب تجاهل الحديث (أو الرسالة) التي تأتي من شخص خارجي بشكل غاضب، بأن تركز لا على موضوع الرسالة ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنك لهذا على غير استعداد للدخول في مناقشة ما لم يهدأ الشخص.

هـ ـ **التعمية والارباك**، يستخدم هذا الاسلوب مع الاشخاص الذين يقاطعون

الحديث، ويتطوعون للجدال والمعارضة قبل أن تستطيع توضيح فكرتك أو إنهاء جملتك، وذلك بأن تظهر موافقتك الهادئة للناقد أو المقاطع، ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك على نقده لا تعني موافقة حقيقية بقدر ما تعني أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت (Smith, 1975).

و - **الالحاح على التعبير عن الفكرة**، (أسلوب الاسطوانة المشروخة) عند المقاطعة، انتظر إلى أن ينتهي الشخص الذي يقاطعك من الحديث، وعندئذ تجاهل تماماً ما قاله واستمر في توضيح فكرتك الأصلية باستخدام عبارات مثل «لكن القضية هي ...»، «ان النقطة التي أريد إبرازها هي ...» .. إلخ، (Smith, 1975).

ز - **التساؤل السلبي**، ويستخدم هذا الاسلوب عندما تريد أن تنهي خلافات منفرة، وذلك بأن تستجيب للنقد الذي قد يوجه لك من شخص معين بأن تسأله أن يعطيك مزيداً من الانتقادات المماثلة التي سببت ضيقه، وذلك إلى أن ينتهي من سرد كل الجوانب التي يأخذها عليك، وعندئذ إبدأ في تلخيصها من جديد، واشكره على اهتمامه بجميع كل هذه الجوانب السلبية، وأنك ستكون سعيداً في المستقبل إذا ما صارحك بأي نقد آخر، إن هذا الاسلوب يجعلك هادئاً في مواجهة نقد الاخرين، ويؤدي إلى تحسين الاتصال بإنهاء مصادر الخلافات مع الطرف الاخر، ويجنبك من الرد على محتوى النقد ذاته.

ح - **تغيير موضوع الحديث**، ويتضمن تغيير موضوع الحديث، خاصة في المواقف الانفعالية والمشحونة والتي تنتهي بانفجار الطرف الاخر، وشعوره بالتهديد الشديد (Smith, 1975).

3 ـ التدريب على إحداث استجابات بدنية ملائمة للموقف:

من المهارة أن يتقن الشخص الاساليب البدنية الملائمة للمواقف الاجتماعية المختلفة وذلك مثل تعابير الوجه، واللوازم الحركية، والمشي، والكلام، ومن المهم على أية حال التنبيه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل نبرة الصوت: إذ يجب على نبرة الصوت أن تكون ملائمة للموقف وواثقة، كذلك التقاء العيون مباشرة: بالشخص أو الاشخاص الذين نتحدث معهم، كذلك تشكيل الجسم: وحركاته ووضعه باستخدام عدد كبير من الاشارات باليد والزراع تعين الشخص على التحرر من قيود التعبير والاتصال، ومن المهم أن تكون تعابير الوجه ملائمة للشعور ولمحتوى الكلام، لا تبتسم وأنت تتلقى نقداً من شخص، ولا تصلّب وجهك وترسم عليه علامات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك واعزازك لشخص معين، أو حتى وأنت توجه نقداً لشخص آخر.

4 ـ التدعيم الاجتماعي (Skinner, 1953) :

من أحد الأساليب الهامة التي تتعلق بتدريب المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل، أن تقوم بتشجيع المدرسين والاباء والمعالجين والرؤساء والعاديين على أن يشجعوا في الاخرين المهارات الاجتماعية الجيدة من خلال التقبل، والفهم، والتسامح مع الاخطاء، ويعتبر أسلوب التدعيم الاجتماعي (ابراهيم، 1980) من أكثر الاساليب فاعلية في هذا الصدد، فقد أوضحنا أن كثيراً من الاضطرابات الشخصية كالاكتئاب، والقلق تحدث أساساً بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تدعم الاشياء الايجابية وتستثير الدوافع والفعل النشط، وعندما يستخدم التدعيم الاجتماعي بطريقة منظمة يصبح وسيلة فعالة لتعديل الجوانب الشاذة والمريضة من السلوك، كما يمكن من خلاله مواجهة كثير من المشكلات الانسانية بحلول ايجابية، ويتطلب استخدام التدعيم في تعديل سلوك الاخرين أن ترسم له منذ البداية خطة مؤداها البدء في تحديد نوعية الاضطراب الذي نريد علاجه، والاهداف التي نرغب في الوصول إليها، ثم حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات

والاستجابات الاجتماعية التالية لظهوره، ثم يبدأ التعديل بعد هذا من خلال التجاهل الكامل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة من السلوك (كالعدوان، أو الاكتئاب، أو السب، أو الخوف)، مع ابداء الاهتمام بأي فعل ايجابي، أو تطور نحو فعل ايجابي (كالابتسام، والمودة، أو البداية في حديث .. إلخ).

وكمثال على استخدام مبدأ التدعيم الاجتماعي في علاج حالات الاكتئاب أنه امكن علاج سيدة في الخامسة والاربعين كانت تشكو من اكتئاب حاد، وذلك بتدريب افراد اسرتها (زوجها وابنائها) على تجاهل احاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوي البدنية، وتوهم المرض، والتعب، والارهاق، واليأس، مع ابداء الاهتمام والتشجيع لاي سلوك أو حديث منها عن جوانب متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء اعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها، ومن الطريف أن تلك المرأة سرعان ما رجعت لاكتئابها عندما توقف أفراد الاسرة عن ذلك، وتحسنت من جديد عندما استؤنفت خطة التدعيم، واستمر تحسنها بعد ذلك مضطردا دون انتكاسات (Kazdeni, 1975).