



الكتاب الخامس
سلسلة علم النفس الأكاديمي المعاصر
رئيس التحرير / د. محمد يحيى أحمد السويدي
أساتذة علم النفس الأكاديمي

العلاج المعرفي - السلوكي المختصر

Brief Cognitive Behaviour Therapy



تأليف

ستييفن بالمر
Stephen Palmer

بيتر رودل
Peter Rudell

بيرني سكوروين
Berni Curwen

ترجمة

دكتور/ محمود عبد مصطفى

المختص في العلاج النفسي والإيمان

إيمتازك للقيامه والنشر والتوزيع

سلسلة علم النفس الأكاديمي المعاصر

الكتاب الخامس

سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

رئيس التحرير/ أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفى - السلوكى المتكامل

Brief Cognitive Behaviour Therapy

تأليف

ستيڤن
n Palmer

بيتر رودل
Peter Rudell

بيرنى كوروين
Berni Curwen

ترجمة

دكتور/ محمود عيد مصطفى

اختصاصى العلاج النفسى والإدمان

مراجعة وتقديم

أ.د. / محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس العيادى - جامعة القاهرة

دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

رقم الإيداع:
٢٠٠٧ / ١٤٧١٩
التقييم الدولي: I.S.B.N.
977 - 383 - 120 - 5

حقوق النشر
لطبعة الأولى ٢٠٠٨
مع الحقوق محفوظة للناشر

إيتراك للنشر والتوزيع

طريق غرب المأظة عمارة (١٢) شقة (٢) ص.ب: ٥٦٦٢

هليوبوليس غرب - مصر الجديدة

القاهرة ت: ٤١٧٢٧٤٩ فاكس: ٤١٧٢٧٤٩

التصديق والإخراج الفني: المركز المصري للكمبيوتر

يجوز نشر أي جزء من الكتاب أو اختزان مادته بطريقة الاسترجاع أو
أي نحو أو بأي طريقة سواء كانت إلكترونية أو ميكانيكية أو
ذلك إلا بموافقة الناشر على هذا كتابة ومقدماتاً.

تصدير المترجم

يتناول هذا الكتاب الذى بين أيدينا الآن، أحد مناحى العلاج النفسى الحديثة، وهو العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وتُعد العلاجات المختصرة Brief وقصيرة المدى Short-term أو محددة الوقت time-limited أحد المطالب التى ينشدها كثير من راعى العلاج النفسى بوجه عام، وكذلك المعالجون والمرشدون النفسيون. ويتسق هذا المطلب مع طبيعة التغيرات الحياتية، سواء على المستوى الاجتماعى أو المهنى، وما يفمرنا من تسارع نمط الحياة المعاصرة، إذ يصاحب زيادة الوعى العام للأفراد بأهمية العلاج النفسى، وتخلى كثير منهم عن اعتقاد وصمة المرض النفسى - نسبياً - أو تلقى العلاج النفسى، ارتفاع معدل تردد الحالات طلباً للعلاج، مما ترتب عليه ضيق الوقت بالنسبة للمعالجين النفسيين، مع الرغبة فى تقديم خدمات علاجية ذات كفاءة عالية، وفى فترة زمنية قصيرة المدى نسبياً، عما هى الحال فى علاجات أخرى، كالتحليل النفسى على سبيل المثال. ويصاحب ذلك أيضاً، الرغبة فى استثمار الوقت، واقتصاد الجهد، سواء فى عدد الأيام الكلية التى يستغرقها العلاج، أو فى عدد الساعات المعتمدة له، أو فى طول الجلسة. وينطبق ذلك على كل من المعالجين النفسيين، وطلابى العلاج النفسى على حد سواء. ويصاحبه رغبة من طالب العلاج، فى ضغط وتقليل النفقات والتكاليف سواء على المستوى المادى، أم الاجتماعى، أم المهنى. وقد تؤدي هذه التغيرات إلى نقص فى معدل تسرب الحالات - برغم وجود نسبة تسرب - أو الإنهاء المبكر للعلاج، وذلك مقارنة بأساليب علاجية أخرى، تتسم بطول فترات العلاج مما يؤدي إلى الإتهالك المادى والاجتماعى وربما إلى اضطراب نمط حياة الفرد.

ويُعد العلاج المعرفى السلوكى المختصر علاجاً مباشراً، وموجهاً نحو هدف، ويتميز بوجود إطار عملى مكثف ومفصل، موزعاً على عدد من الجلسات العلاجية تبعاً لنوع مشكلة العميل وعمقها وتعقيدها. وسنجد على مدى فصول الكتاب أنه من المفضل اختيار هذا النوع من العلاجات للحالات الملائمة له، فهل حالة العميل ملائمة لتلقى العلاج النفسى المختصر وهل

بكلية قابلة للحل عن طريق العلاج المعرفى السلوكى المختصر؟ وأى حالات التى يكون معها العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر كفاءة؟ يتم الإجابة عن هذه التساؤلات على مدى فصول هذا الكتاب.

ويخاطب هذا الكتاب، المتخصصين فى مجال العلاج، والإرشاد النفسى من وجه الخصوص، وكذلك يمكن للأطباء النفسيين، والعاملين فى مجال صحة النفسية من التخصصات المساعدة الأخرى، مثل الهيئة التمريضية، أو اختصاصيين الاجتماعيين العاديين الاستفادة من بعض النقاط التى تساعدهم على تحديد من التدخلات بدءاً من إنقاء الأسئلة لجمع معلومات من العميل، أو تقييم العيادى، وتحديد مشكلة العميل، أو كيفية إقامة علاقة مهنية علاجية تعاونية أو وضع خطط علاجية مقترحة، أو حتى التصدى لبعض أشكال المباشرة، والبسيطة، وسهلة التناول، كل على حسب تخصصه منجاء العميل، وذلك بما لا يعس الجانب العلاجى الأساسى، والذى قد يتطلب استخدام أساليب، وتدخلات علاجية متخصصة عالية الكفاءة من قبل المعالجين النفسيين الخبراء.

ويُعد الكتاب بمثابة دليل عملى تفصيلى، وإطار متكامل يلتزم به المشتغلين فى مجال العلاج النفسى، حيث يمكن الرجوع إليه بشكل مستمر لمعلومات وصقلها من حين لآخر، ويمكن لكل من المعالجين النفسيين لتدريبين، أو الخبراء الاستفادة منه كل على حسب حاجته.

وأخيراً، نأمل أن يحقق هذا الكتاب الهدف المنشود من نقله إلى العربية أن يزيد من معارف المعالجين النفسيين وكفاءتهم، وصقل مهاراتهم فى ممارسات العيادية، وتزويدهم بأساليب، وتدخلات علاجية نفسية عالية كفاءة لعملائهم، وأن يكون بداية لسلسلة من التراجم والمؤلفات فى المجال نفسه.

والله من وراء القصد.

المترجم

مقدمة المؤلفين

هذا الكتاب موجه للاختصاصيين النفسيين المهنيين مثل المرشدين counselors، والمعالجين النفسيين Psychotherapists، وكذلك المرشدين والاختصاصيين العياديين الذين هم في مرحلة التدريب، أو أولئك الخبراء منهم والذين يرغبون في تعلم المزيد عن الإرشاد، والعلاج النفسي المختصر، أو أنهم يريدون الارتقاء بمهاراتهم العلاجية. ومن المأمول في هذا الكتاب أن يكون مصدراً للمحاضرين، والمدربين في مختلف التخصصات، وكذلك أن يساعد المتخصصين المشاركين أمثال الأطباء النفسيين، والهيئة التمريضية في مجال الصحة العقلية، ومديري الرعاية.. وغيرهم، وقد يكون مساعداً بشكل خاص لهؤلاء الذين يعملون بنظام الجلسات محددة الوقت.

وقد أصبح العلاج المعرفي المختصر، والعلاج محدد الوقت أكثر شيوعاً وألفة، ويرجع ذلك إلى متطلبات السوق، مما أدى إلى زيادة أعداد المعالجين المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي، ونأمل أن يمدد هذا الكتاب بإطار عمل ملائم، وسهل الفهم. وقد وجدنا أن عديداً من المعالجين النفسيين والمرشدين والأطباء النفسيين الذين يعملون بنظام الجلسات محددة الوقت، وهؤلاء الذين يقدمون علاجاً مختصراً، ولم يتلقوا تدريباً رسمياً أو أنهم قرأوا مصادر تهتم بالموضوع.

وسيقدم هذا الكتاب للقارئ العلاج المختصر في الفصل الأول، ويقدم إطار عمل سريع للعلاج المعرفي السلوكي المختصر. وسيوضح ذلك في نقطة توقف للإشارة في الفصل الثاني، حيث سنقابل "توم" في البداية، والذي سنتبعه عبر هذا الكتاب. وسنقابل أيضاً أناساً آخرين خلال مسار الكتاب، والذين حصلنا عليهم من خلال الممارسات العيادية للمؤلفين، واستخدمنا أسلوب الحوار لكي يتم توضيح مفاهيم إطار العمل. ويغطي الفصل الثالث

مرحلة التقييم، ويمدنا ببعض الخطوط الإرشادية الملائمة للعلاج المعرفى المختصر. وعلى الرغم من أن العلاج يبدأ منذ بدء التقييم فإن الفصل الرابع يقدم، وبشكل منفصل، المرحلة العلاجية الأولى بشكل تفصيلي، مع التركيز على الأهداف العلاجية للمعالج، وصعوبات العميل كما يتم النظر إليها من خلال الصياغة المعرفية لمشكلات العميل وما يواجهه من صعوبات، بحيث تستمر معنا (الصياغة المعرفية) حتى نهاية العلاج. ويغطي الفصل الخامس، المرحلة العلاجية الوسطى، ويصف عديداً من الأساليب، والأدوات، والتدخلات التي تستخدم عند ممارسة العلاج المعرفى السلوكى المختصر. ويعرض الفصل السادس المرحلة النهائية من العلاج، ويتضمن الفصل السابع عدداً من الاستراتيجيات والأساليب الإضافية والتي يمكن أن تستخدم فى إطار العلاج المعرفى السلوكى المختصر. ويتعرض الفصل الثامن للتتويج Hypnosis كأسلوب مرتبط بالعلاج، ويتضمن نصاً يركز على إعادة تشكيل المعتقدات السلبية. ويلخص الفصل التاسع عدداً من الخطط العلاجية لمجموعة اضطرابات أساسية مثل: اضطرابات الهلع، واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، ويشمل كذلك الانتحار.

المصطلحات المستخدمة:

عندما تستخدم الضمائر، فلا يوجد اعتبار للنوع، فضمائر هو، وهى، وهم تستخدم بشكل عشوائى، وقد استخدمنا بشكل عام مصطلح "عميل" Client لنعنى به أى فرد يتلقى العلاج النفسى، وقد يظهر فى بعض المراجع المرادف له وهو مصطلح "مريض" Patient. ونحن نقدر أن بعض الناس قد يعترضون على استخدام واحد أو آخر منها، أو أى كلمات مترادفة أخرى، وقد يفضلون استخدام وصف آخر وهو مصطلح "المستخدم" user أو "المستهلك" consumer وما إلى ذلك. لكننا استخدمنا مصطلح عميل بشكل واضح قدر الإمكان. واستخدم مصطلح "معالج نفسى" therapist للدلالة على كل من

المعالج النفسى psychathapist، والمرشد counsellor، والممارس oner إلخ. ونحن ندرك أن هناك جدلاً ونقاشاً حول هذه الأسماء (انظر: Palmer, ١٩٩٦). لكننا لن نطور هذا الجدل هنا. واستخدمنا بشراً مصطلح "العلاج المعرفى السلوكى" Cognitive behaviour therapy فقط العلاج المعرفى Cognitive therapy، وكل من مصطلحات الصياغة Cognitive conceptualization، وصياغة الحالة Case conceptualization المعرفية Cognitive formulation تستخدم فيما بينها بشكل مترادف.

وخلال النص الرئيس سنناقش بعض مفاهيم اللغة التى نستعملها العميل، ونؤكد الأهمية النسبية لتثبيت المعانى الشائعة. وقد ذكرنا المقدمة أن العلاج المختصر لا يسعى للتركيز على "العجز" deficit، weakness، والمرضى pathology. لذلك فضلنا استخدام مصطلحات المساعد helpful، وغير المساعد unhelpful سواء أكان تفكيراً أم بالإضافة إلى الكفاءة الوظيفية functioning أو العجز الوظيفى functioning وصحى healthy، وغير صحى unhealthy، ومنطقى rational، وغير irrational سواء للمعتقدات أم للتفكير. ويساعد ذلك فى إضفاء الظروف المريض، بدلاً من وصف حالتهم بمصطلحات أخرى. والتفكير هو الذى يساعد الفرد على تحقيق أهدافه القصيرة، والطويلة المدى، وتوازن بينهما. وبشكل مشابه، فنحن نفضل استخدام مصطلح التفكير "thinking errors" الذى هو جزء من الخبرات النفسية للفرد أنفسنا بشراً عرضة للخطأ. ولسنا كاملين. أنظر الفصل الخامس) مصطلح التشويه المعرفى cognitive distortion أو التفكير المتوى (Burns, ١٩٨٩). twisted thinking

تقديم بقلم: رئيس تحرير السلسلة

ظهرت نظرية التكوين الشخصي Personal construct theory في أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين، وهي نظرية كانت ذات توجه معرفي يمكن أن نصف من خلاله السمات الشخصية. وكانت كتابات جورج كيلي (G. Kelly, 1955)، قد مهتد لظهور هذه النظرية على يد بانيستر Bannister وفرانسيسلا Franscella لعام 1967. ومنذ ذل الوقت، انتبه المعالجون النفسيون، سواء أكانوا علماء نفس أم أطباء نفسيين، إلى دور العوامل المعرفية في نشأة الاضطرابات النفسية وتطورها وتفاقمها، ومن ثم تشخيصها وعلاجها علاجاً نفسياً معرفياً غير طبي. ومن ثم تكاثفت الجهود من قبل "إليس Elles" طوال الستينيات والسبعينيات، ليُخرج لنا العلاج العقلاني الانفعالي Emotive-Rational therapy ثم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الآن، الأمر الذي مهّد الطريق لظهور العلاج النفسي المعرفي Cognitive therapy للاكتتاب العام 1979. ويظهر هذا الأخير، حدث ما يشبه الثورة العلمية. بلغة توماس كون عالم الفيزياء وفيلسوف العلم المشهور. في مجال العلاج النفسي بصفة عامة، والعلاج المعرفي. السلوكي بصفة خاصة.

وعبر العقدين الثامن والتاسع من القرن السابق (العشرين)، ظهرت امتدادات سرطانية. إن صح التعبير. ونوع من الارتقاء الرأسي والأفقى للعلاج المعرفي والعلاج المعرفي - السلوكي؛ بحيث تقدم كثير من المبدعين المعالجين ومن المعالجين الخبراء، نحو تطبيق أسس هذه العلاجات النفسية على كثير من الاضطرابات والأمراض النفسية غير الاكتئاب، كان أهمها: المخاوف والرهاب والقلق الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة، واضطراب القلق المعمم، والوسواس القهري، واضطرابات الأكل، والسمنة ومقدار السمنة العصبية، والاعتماد على المواد

المخدرة الطبيعية والمخلفة، والكحولية، واضطراب الشخصية البيئية، والاختلالات الجنسية، والاختلالات الزوجية، والاضطرابات النفسية الجسمية. كما أمن تطبيقها فردياً وجمعياً، وفي أمراض مراوغة كان لا يمت تصور تدخل المعالجين النفسيين غير الأطباء فيها، كالأزمات الذهانية (العقلية) مثل الفصام والشخصية الفصامية، والتوهم المرضى، وزملة أعراض نقص المناعة المكتسب. ناهيك عن تطبيقه في السياق الأسرى والمجتمعي، والإعاقات الجسمية والعقلية لدى ذوى الاحتياجات الخاصة. كذلك استطاع هؤلاء المعالجون النفسيون المبدعون تقديمه كخدمة نفسية متخصصة للمرضى النفسيين في جميع المراحل العمرية، للأطفال، والمراهقين، والشباب، والراشدين، والشيوخ، والعواجز من السيدات، وكبار السن.

وكان لا بد لهذا "الاختراع العلمي المعرفى الجديد" من الفحص والاختبار على محك الواقع، فأجريت آلاف البحوث، وصدر عديد من الدوريات، كلها تحت عناوين العلاج المعرفى وكفاءة العلاج المعرفى - السلوكى، وتأثير العلاجات المعرفية والمعرفية السلوكية، وانتهت في مجملها إلى توفير أدلة الشهادة الواقعية على كفاءة العلاجات المعرفية - السلوكية، كما تبين وجود جسم ضخم من مؤشرات الصدق الداخلى والخارجى لها، حتى إذا تصدت لمشكلات واضطرابات معقدة وعميقة.

ليس كل ما سبق دليلاً على عبقرية المعالجين النفسيين المعرفيين¹⁹ إن الكتاب الذى نقدم له الآن، وهو كتاب: Brief cognitive-behavior therapy الذى وضعه B. Curwen, S. Palmer, P. Ruddell قد ترجمه إلى العربية معالج مبدع أيضاً، هو الدكتور/ محمود عيد مصطفى بخيت، الذى حصل على دكتوراه الفلسفة في العلاج المعرفى - السلوكى للاكتئاب الأساسى على يد كاتب هذه السطور. أقدم الدكتور محمود على ترجمة هذا الكتاب، لأسباب عديدة، أبرزها، أن مجتمعاتنا المصرية والعربية تفتقر بشدة، لوجود خدمات

نفسية علاجية متخصصة، بسبب ضعف التدريب المهني التشخيصي والعلاجي، إن لم يكن انعدامه، ناهيك عن الندرة الشديدة في المصادر العلمية ذات الصبغة التطبيقية، بالإضافة إلى سده ثغرة ضخمة في العلاج المعرفي ذاته، والعلاج المعرفي - السلوكي، وهي العلاج المعرفي - السلوكي المختصر Brief cognitive-behavior therapy .

ولأن الدكتور محمود عيد من الشخصيات العلمية التي تميل للعمل العيادي التطبيقي، فقد انعكس ذلك في اختياره لهذا الكتاب الذي يعد دليلاً عملياً موجزاً لكيفية تطبيق العلاج المعرفي - السلوكي، في اضطرابات وأمراض نفسية عديدة. ولذلك إن من أهم مزايا هذا الكتاب أنه يقدم العلاج المعرفي في شكل إجراءات علاجية موجزة وشديدة الوضوح في الوقت نفسه، ويقدم حلولاً علاجية سريعة لمشكلات نفسية شديدة التعقيد، بحيث يعد إسهاماً جوهرياً ورائداً. قام د./ محمود عيد بنقله للمربية وراجعته وقدم له كتاب هذه السطور، ليصبح الكتاب الخامس في سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر التي بدأت إصداراتها منذ العام ٢٠٠٤م.

إن السبب الذي شجع الدكتور محمود على ترجمة هذا الكتاب الذي يعد - في حدود علمي - أول كتاب في العلاج المعرفي - السلوكي المختصر، هو السبب نفسه الذي شجعني على نشره ضمن إصدارات سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، وهو العدد الذي أصبح لا يُحصى من المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين العياديين وطلاب الدراسات العليا في علم النفس العيادي العلاجي المقيمين وغير المقيمين، الممارسين منهم وغير الممارسين، الذين دائماً ما يقاجئوننا بالسؤال: كيف يتم تحويل العلاجات النفسية التي نقرأها إلى برامج علاجية لها جلسات منظمة تُدار عبر جداول أعمال محددة سلفاً؟ وأين المصادر المكتوبة باللغة العربية التي يمكن تحويلها إلى دورات تدريبية وورش عمل للعلاج النفسي المعرفي والعلاج المعرفي - السلوكي بصفة عامة، والعلاج النفسي المعرفي المختصر بصفة خاصة. يحاول

هذا الكتاب - كما أسلفت - سد هذه الثغرة سواء أكانت في المكتبة العربية أم في ميدان العلاج النفسى.

يبقى أن نشير إلى أن هذا الكتاب يوظف العلاج النفسى المعرفى المختصر فى شكل جلسات قليلة العدد، الأمر الذى يلائم روح العصر الذى يتسم بالعجلة والسرعة والإيقاع السريع، ويتغلب على مشكلة التسرب التى تنتشر بشدة فى ثقافتنا العربية، كما إنه يوفر مجموعة من الملاحق التى تقدم للمعالج كل الجداول والاستمارات اللازمة لإدارة المريض وما يقدم له من خدمات علاجية بشكل دقيق. أما الأمر الذى جعلنى اطمئن لقيمة هذا العمل، أن الدكتور محمود عيد، كان يلازمى فى كل أعماله العيادية، وحضر تقريباً جميعاً الدورات التى قدمتها سواء فى مصر أم فى الكويت، ولديه استعداد خاص لتبنى نموذج العالم - المهنى على نحو فريد، بالإضافة إلى كونه مخلصاً وأميناً فى كل ممارساته العيادية.

زبدة القول، إن هذا الكتاب لا غنى له لكل من طلاب الدراسات العليا المتخصصين فى علم العلاج النفسى وفى الطب النفسى، والخدمة الاجتماعية العيادية، كما إنه يعد إضافة للمكتبة العربية التى تشكو خواءً لا حدود له فى المصادر العلاجية النفسية الموثوقة، بالإضافة إلى أنه يمكن أن يفيد منه الباحث والمعالج النفسى على حد سواء، وهو يمن أن يقوم بتدريبك بلا مدرب. نسأل الله أن يفيد منه القراء والمعالجون النفسيون على حد سواء، والله من وراء القصد.

دكتور

محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة

ورئيس تحرير السلسلة

ديسمبر، ٢٠٠٦

A decorative border with a repeating floral pattern, featuring stylized flowers and scalloped edges, framing the central text.

الفصل الأول

الفصل الأول

فى مجال العلاج النفسى عادةً ما يطرح سؤالان، أولهما: يُطرح على الأفراد الراغبين فى العلاج وهو لماذا الآن؟ وثانيهما يُطرح من قبلهم وهو ما المقصود بالعلاج النفسى؟ وهذان السؤالان هما موضوع الكتاب الحالى، فهو يُخبرنا ما هو العلاج المعرفى السلوكى المختصر، وما المقصود بالمختصر؟ فهل نعى به تقليل مدة العلاج، أو طول الجلسة أو عدد الجلسات؟ أم المدة الكلية التى يستغرقها العلاج؟، ويمكن طرح عدد من الأسئلة فى هذا الصدد فمثلاً: هل هناك بعض المشكلات التى قد لا يكون هذا النوع من العلاج مناسباً لها؟ وعندما لا نكون على وعى كامل بالمشكلة فهل هذا الأسلوب يكون مناسباً لاكتشافها مباشرة؟ وهل العلاج المختصر هو نفسه العلاج "محدد الوقت" Time-limited therapy، وهل يمكن أن يُستخدم العلاج المعرفى السلوكى المختصر وحده - منفرداً - أم يمكن استخدام أنواع أخرى من التدخلات الطبية النفسية، والنفسية مصاحبة له؟

والفصل الحالى يجيب عن هذه الأسئلة، وأيضاً عن عديد من الأسئلة التى قد تبرز فى سياق الحديث، وكذلك عدد من الأسئلة التى تتعلق بموضوع هذا الكتاب، وفى سياق هذا الفصل سيتم توضيح عدد من المصطلحات التى سوف تستخدم فى سياق الموضوع الراهن وعلى مدى فصول الكتاب.

لماذا الآن؟

أدت عديد من العوامل إلى تنامى الحاجة إلى العلاجات المختصرة، وقبل سرد هذه العوامل، من المهم أن نشير إلى أنه منذ فترة الأربعينيات من القرن الماضى وفى عام ١٩٦٤ على وجه التحديد، وضع كل من ألكسندر وفرينش (Alexander & French, ١٩٧٤) بشكل مباشر عدداً من التصورات التحليلية الجامدة والتى تتعلق بطول فترة العلاج منها: (Budman & Gurman, ١٩٨٨)

- أن عمق العلاج يرتبط نسبياً بطول فترة العلاج وتكرار المقابلات.
- أن النتائج العلاجية التي يتم تحقيقها عن طريق عدد قليل من المقابلات، قد تكون سطحية، وغير جوهرية، ووقتية غير دائمة في حين أن النتائج العلاجية التي يتم إحرازها من خلال العلاج طويل الأمد تكون أكثر عمقاً واستقراراً وثباتاً.
- أن التطويل في عملية التحليل يؤسس بناءً على خلفية مفادها أن مقاومة المريض resistance سيتم التغلب عليها بطول فترة العلاج، وبعد ذلك يتم تحقيق النتائج العلاجية المرجوة.

وتحددت العوامل التي أدت لتنامي الحاجة إلى العلاجات المختصرة في الآتي:

أولاً : وهو أكثرها شيوعاً، ويتعلق بشيوع النمط الاستهلاكي consumerism الذي يعكس حاجة الأفراد لاغتنام الفرص. وفي الوقت نفسه يزداد الوعي العام بالعلاج النفسي، والإرشاد، واستمراره في النمو والارتقاء. ففي الماضي كان الناس يقضون سنوات عدة في تلقى العلاج النفسي وغالباً ما كانوا يتلقون عدداً من الجلسات خلال الأسبوع، وحتى بعد مرور عدة سنوات من العلاج فهم يكونون غير راضين عن قدر تقدمهم وشفائهم (Dinnage, ١٩٨٨) ففي حين يحتاج بعض الأفراد يحتاجون إلى فترة علاج طويل المدى، فإن بعضهم الآخر يحتاج إلى علاج مختصر، ويمكنهم الاستفادة منه.

ثانياً : (ويرتبط بالنقطة الأولى) أنه بالرغم من أن مختلف طرائق وأنماط العلاج النفسي منذ بزوغها أخذت في النمو والارتقاء بشكل مطرد، فإن الخدمات المقدمة تظل واقعة تحت ضغط التحويلات المتتالية، وقوائم الانتظار الطويلة (Parry, ١٩٩٢) لذا فإن المدة الكلية التي يقدمها المعالجون والمرشدون النفسيون للحالات لا زالت قليلة ومحددة بنظام عام، ويُعد التوظيف الأمثل للوقت من قبل هؤلاء المتخصصين على قدر

يستخدم من الأهمية. فعلى سبيل المثال، أورد نيومان وهوارد (Newman & Haward, 1986) "إن أكثر المعتقدات شيوعاً داخل المجتمع العيادي: أن التكاليف أو المكاسب المادية هي الهدف من العمل وليس الاهتمام بالطبي العيادي". وقد وجد هوارد وزملاؤه (Haward, et al., 1989) أن 32% من الذين يتلقون خدمات العلاج النفسي طويل المدى قد تلقوا فقط 77% من الجلسات العلاجية.

ملاحظة: إن إصلاح الخلل في الخدمات العلاجية النفسية المقدمة يتطلب قدراً كبيراً من التكاليف المادية، ويقع ذلك بشكل متساوٍ على عاتق كل من الأفراد، والجانب المؤسسي المتمثل في وزارات الصحة ومؤسسات وشركات التأمين على الصحة، والتأمين الصناعي، والتي تقدم خدمات مساعدة للعاملين.

ملاحظة: المتخصصون الذين يتشددون تقديم خدمات عيادية عالية الكفاءة غالباً ما يتبنون المناهج والبحوث التي تشير إلى إمكان علاج مشكلة معينة لمديد من الحالات بشكل مختصر (Milne, 1987; Parry & Watts, 1991; Rath & Faonagy, 1989).

ملاحظة: يفترض عديد من المصادر (British & Psychological Society, 1990; Grant et al., 1991) أن اهتمام المتخصص في توصيل خدمات العلاج النفسي داخل المجتمع الصحي الدولي يخدم حماية جماعات محددة. لكن بحوث من نمط تلك التي ذكرت في النقطة الرابعة من شأنها أن تساعد على التصدي لهذا الاتجاه لأنه عندما يتم تبنيه داخل الجلسات العيادية فسوف يقابل ممارسات جامدة ومتسلطة. (Strupp, 1986)

التوسع بالعلاج المختصر؟

نجد عبر هذا الكتاب أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر عبارة عن خطة علاجية موجزة يتحقق من خلالها أقصى استثمار لوقت المعالج مع أقل

تكاليف للعميل. وتوجد مرادفات أخرى لهذا النوع من العلاجات وتحمل كلها المعنى السابق نفسه من قبيل العلاج قصير المدى Short-term، والعلاج انحساس للوقت Time-sensitive، والعلاج الذي يراعى "غنائية التكاليف Cost-effective"، والعلاج "المختزل Affreviated"، و"المتقطع Intermittent"، و"المرحلي Episodic"، و"محدد الهدف Limited-goal" و"المتسلسل Serial". والعلاج الاستراتيجي Strategic، المختصر السريع abbreviated (Lazarus & Fay, ١٩٩٠). والعلاج محدد الوقت time-limited therapy عادة ما يعني ذلك النوع من العلاج الذي يتضمن عدداً محدداً ومحدوداً من الجلسات، وله تاريخ انتهاء محدد (Dryden & Feltham, ١٩٩٠) لذلك فربما يفترق إلى المرونة التي يستطيع من خلالها استنباط التكوين المفهومي لمشكلات العميل (أنظر الهند الثاني من الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في الفصلين الثاني والثالث) وصولاً إلى نهاية العلاج، كما هي العلاج المعرفي السلوكي المختصر. وفي الممارسة العملية: فإن التفرقة بين العلاج المختصر، والعلاج محدد الوقت من الناحية الاصطلاحية تُعد غائمة نسبياً، فقد يستخدم المتخصصون مصطلحاتهم الخاصة بهم. وأياً كان فالعلاج المختصر يفترض عدداً مبدئياً من الجلسات (مثلاً ٦ جلسات كل جلسة من ٥٠ دقيقة) وعندما يتم إحراز قدر من التحسن يتم التخطيط لعدد آخر من الجلسات المستقبلية على حسب ما تتطلبه خطة العلاج. ويساعدنا ذلك على التعرف على الفرق بين العلاج المعرفي السلوكي المختصر جيد التخطيط. والعلاج المختصر غير الجيد (Budman & Gurman, ١٩٨٨) وأشار باري (Parry, ١٩٩٢) إلى أن أغلب العلاجات حتى تلك العلاجات طويلة المدى، قد تتحول إلى علاجات قصيرة المدى ويرجع ذلك إلى حدوث تآكل في العلاج attrition (مثل إنهاء العلاج قبل اكتماله). لذلك فالعلاجات محددة الوقت ربما هي نتاج التعرض الطويل المدى للمخبرات العلاجية (Hauard et al, ١٩٨٩)

والعلاج المختصر كما تم تعريفه في بداية هذا الجزء، يستخدم الوقت بشكل أكثر مرونة. فليس شرطاً أن تكون الجلسات ذات طول واحد، أو مسافات بينية متساوية؛ فالجلسات الرئيسية يمكن أن تتخللها جلسات قصيرة عبر الهاتف على سبيل المثال. وبالرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر قد يستخدم الوقت بشكل أكثر مرونة، فإنه غالباً يركز على أهداف العملي من خلال إطار عمل خاص بالتكوين المفهومي الذي سوف نقدمه في سياق الفصل الثاني والذي سيتم تطويره في فصول لاحقة. والأمر الذي قد يفاقمنا أنه في سياق تعريف العلاج المعرفي السلوكي المختصر ثم يتم تحديد فترة زمنية لطول مدة العلاج. وأياً كان فنظراً لاختلاف الأفراد فيما بينهم فيما يتصل بطبيعة مشكلاتهم، وأنماط شخصياتهم والمواقف الحياتية التي يتعرضون لها، وأسلوبهم الشخصي، وكفاءة حل المشكلات، وأنذكاء إلى جانب عديد من المتغيرات الأخرى؛ فنجد أنه من الصعوبة وضع حدود زمنية صارمة للعلاج المختصر. ويفترض كل من بدمان وجورمان 1988 في كتابهم الرائع "نظريات العلاج المختصر وممارساته" Theory & Practice of Brief Therapy أنه ليس هناك طول لعدد الجلسات، فجوهر العلاج المختصر لا يتحدد من خلال خصائص زمنية عديدة لكن يكمن في قيمة وأهداف واتجاهات كل من المعالج والعميل. والقيمة النموذجية العامة لأي علاج مختصر والتي حددها هذان الباحثان تم صياغتها في الفقرة التالية، وسوف نجد انعكاساتها الأساسية في خصائص العلاج المعرفي السلوكي، الذي تم تناوله في الفصل الثاني من خلال عملية العلاج المعرفي السلوكي المختصر، بالإضافة إلى تفصيلات إضافية على طول الكتاب الذي بين أيدينا.

1- العلاج مقتصد وعملي parsimonious and pragmatic حيث لا تبدل أية محاولات لإعادة بناء شخصية العميل وخصاله الأساسية، فيفترض أن التغييرات في منطقة ما للفرد أو في حياته سوف تمتد إلى المناطق الأخرى.

٢- ضرورة التعرف على الجوانب الارتقائية الحتمية للتغيرات النفسية على مدى حياة الفرد (Gillian, ١٩٨٢; Neugartn, ١٩٧٩ & Vaillant, ١٩٧٧) حيث تستخدم كتأثيرات علاجية.

٣- يتم قبول مشكلات العميل كما هي... كما يتم التعرف على مصادر قوته وطاقاته، وينتفع بها في سياق العملية العلاجية وذلك بدلاً من التركيز على مناطق العجز والضعف والمرض.

٤- هناك عديد من التغيرات الإيجابية التي قد تطرأ على الفرد بمجرد انتهاء فترة العلاج، وقد لا يتسنى للمعالج رؤيتها (أنظر: ١، ٧).

٥- العلاج الكفاء ليس عملية فاقدة للإحساس بالوقت، إنما سيتم وضع الحدود الزمنية في حينها.

٦- قد يكون العلاج النفسي غير فعال إذا ما تم تطبيقه دون انتقاء (Frances, & clarkin, ١٩٨١).

٧- العلاج معنًى بالوصول إلى نهاية ما، لكن ليس هو النهاية ذاتها، فالحياة أهم من العلاج.

وهنا لا نقترح وضع مدى زمني محدد للعلاج المختصر، بل تم التأكيد أن جوهر العلاج يكمن في قيم values، واتجاهات attitudes وأهداف aims كل من المعالج والعميل. وفي الممارسات العيادية، يقوم المعالجون المتخصصون في العلاج المختصر بوضع حدود زمنية على هيئة عدد من الجلسات، وقد يختلف عدد هذه الجلسات من معالج إلى آخر، فمثلاً: استخدم مالان (Malan, ١٩٩٥) عدد ٣٠ جلسة كمدى زمني كلى للعلاج، في حين ذكر دريدن (Dryden, ١٩٩٥) خطة من ١١ جلسة، كما أن باركام، وشابيرو (Barkham & Shapiro, ١٩٨٨) وباركام وآخرون (Barkham, et al., ١٩٩٢) قدموا نموذجاً يسمى (١+٢) "two-plus one" حيث كان يتم تقديم جلستين متتاليتين على مدى أسبوعين

ويعقبهما جلسة بعد مرور ثلاثة أشهر للمتابعة، ويبحث تالمون (Talmon, ١٩٩٠) نموذج العلاج من جلسة واحدة (Single session therapy (SST)، وقد اقترح بوتشر وكوس (Butcher & Koss, ١٩٧٨) أن ٢٥ جلسة هي حد أقصى للعلاج المختصر.

إن تقديم معلومات عن طول مدة العلاج أمرٌ مفيد لعدة أسباب:

أولها: يتوقع العميل أن معدل الجلسات العلاجية يتراوح بين ٦- ١٠ جلسات (Garfield, ١٩٧١).

وثانيها: أنهم يمكنون في العلاج بمعدل يتراوح بين ٦- ٨ جلسات (Garfield, ١٩٨٦; ١٩٧٨).

ثالثها: أنه أيضاً في خلال ٦- ٨ جلسات تظهر النتائج العلاجية الإيجابية (Smith, et al., ١٩٨٠) وبشكل مستمر، لكن يحدث نقص في المكاسب العلاجية خلال الجلسات العشر اللاحقة تقريباً، ويدعم هذه النتيجة ما انتهى إليه هوارد وآخرون (Howard, et al., ١٩٨٦) في دراسة استخدموا فيها التحليل البعدي، حيث أشاروا إلى أن ٥٠% من الأفراد يتحسنون بشكل جوهري في الجلسة الثامنة، و٧٥% يتحسنون بعد ٢٦ جلسة، و٨٢% يتحسنون بعد ٨٢ جلسة. ويشير كل من أورلنسكي وهوارد (Orlinsky & Haward, ١٩٨٦) إلى أن "هناك تناقصاً ملحوظاً في المكاسب العلاجية، مع زيادة الجهد المبذول لإحداث تغيير ملحوظ في مدى تحسن العميل". والمعالجون المعرفيون السلوكيون المتبنون للعلاج المختصر يتبنون البند الأول من اللائحة السابقة فهم لا يطلبون تغييراً كاملاً في شخصية العميل، إنما يهدفون لإحداث تحسنٍ كافٍ له، لا عتراك الحياة بشكل أفضل حيث يمكن أن يتحقق مزيد من المكاسب فيما بعد، وقد وجد كل من تيسدال (Tesrdal ١٩٠٤)، وسكوت (١٩٩٢) Scott أن النموذج المعرفي يتم محاكاته سريعاً من قبل

بعض العملاء الذين وجدوا أن هذه التدخلات السريعة والقصيرة ذات فائدة عالية لهم.

من سوف يستفيد؟

يعرض الفصل الثالث من هذا الكتاب - التقدير النفسى أو التقييم Assessment . لبعض نماذج مفترضة من المشكلات، وبعض الخصال والخصائص الشخصية لأفراد عاشوا هذه المشكلات، وسوف يساعدك ذلك فى تقرير ما إذا كنت ستقدم العلاج المعرفى السلوكى المختصر لشخص معين يطلبه ويحتاجه، أم لشخص يطلب العلاج بوجه عام؛ ويعرض الفصل أيضاً لعدد من مناطق المشكلات التى يجب أن تتصدى لها البحوث، وكذلك يعرض لنا متى، ولبن يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر مفيداً وفعالاً؟ ونعتقد أن النموذج المعرفى الذى تم عرضه فى سياق الفصل الثانى، إنما هو نموذج عام للكفاءة الوظيفية النفسية عموماً، لذلك فهو يمكن تطبيقه على معظم أنواع المشكلات النفسية، مع إجراء بعض التعديلات المناسبة.

وكما سيتم الإشارة فى هذا السياق لاحقاً، فإن العلاج المعرفى السلوكى يستعير أساليبه وأدواته ويستخدمها فى سياق العملية العلاجية، على أن تكون هذه الأساليب والأدوات متسقة ومتناغمة مع النموذج العام للعلاج النفسى.

وعندما نأخذ فى الاعتبار المستفيدين من العلاج المعرفى السلوكى المختصر فيجب على المعالج أن يسأل نفسه سؤالاً مهماً وهو: هل هذا الشخص سيستفيد جوهرياً من هذا النوع من أشكال العلاج النفسى، أو أنه يمكن لنوع آخر من العلاج، فى نفس المدة، أو أطول، أو العمل مع معالج آخر قد يكون أكثر ملاءمة وإفادة له؟ وافترض لازاروس (1989) Lazarus أن ملاءمة شخص ما لنموذج معين من العلاج النفسى، إنما تتحدد بناءً على التقييم منذ

البداية ، وبناءً على هذا التقييم يتم توجيهه للأفضل. وقد أشار كل من بيرفين وبراولي (Bervin & Bradley 1989) إلى أن العملاء قد يحرزون تقدماً أفضل بناءً على توجهاتهم العلاجية وتفضيلاتهم. وكذلك وجد كل من وانيجاراند وباركر (Wanigarand & Barker 1995) عبر دراستهم عن الأساليب العلاجية المستخدمة في إحدى المستشفيات في يوم واحد أنه بشكل عام كان أسلوب العلاج المعرفى السلوكى هو أكثر تفضيلاً، وذلك بمقارنته بالأساليب العلاجية الأخرى مثل العلاج النفسى الدينامى Psychodynamic، والإنسانى Humanistic، والأساليب الأخرى.

وورد في ثنايا الفصل الثانى ما يؤكد أهمية العلاقة العلاجية therapeutic relationship. فقد أورد بارلوف وزملاؤه (Parloff, et al., 1978) بعض الدلائل على أن توافق العميل والمعالج في بعض الخصال الشخصية هو أحد المكونات المهمة في كفاءة العلاقة العلاجية. والمعضلة التي سوف تواجهك في أن الخصائص المعطاة في فصل التقييم والتي تشير إلى ملاءمة الفرد للعلاج المعرفى السلوكى المختصر، قد تتشابه مع تلك الخصائص الملائمة للعلاج طويل المدى (Levin, 1968, Zetrel, 1962). وعلى الرغم من أننا ذكرنا عدداً من العوامل التي تشير لدور الملاءمة عند تلقى العلاج المعرفى السلوكى قصير المدى فإن الموقف أو الوقت لا زال مبكراً لحسم هذه القضية ويحتاج إلى قدر أكبر من التطبيق العملى.

وقد وافق بعض المعالجين على تخصيص عددٍ من الجلسات العلاجية (من 1- 3) (محاولات قبل علاجية pretherapy trial) للتحقق من مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفى السلوكى (Budman & Clifford, 1979, Budman, 1981; Budman, 1983, Sachs, 1981, et al., Budman, 1981). وقد رأى فيلثام (Feltham 1997) أن الهدف من ذلك هو الوصول إلى المعالج الأمين، الواعى، ذو الخبرة الكافية،

والذى يتمتع بقدر عالٍ من المرونة، والذى يستطيع أن يقدم إرشاداً فردياً مناسباً، وعلاجاً مفيداً وهريداً للعملاء.

وهي محاولة الإجابة عن السؤال السابق والخاص بمدى ملاءمة نوع معين من العلاجات لشخص بعينه، يبرز سؤالان هما: هل يمكن أن يستخدم العلاج المعرفى المختصر وحده؟ وهل يمكن أن يستخدم جنباً إلى جنب (مصاحباً أو ملازماً) لأنماط وأساليب أخرى من التدخلات العلاجية؟ ويكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر تفضيلاً وملاءمة لعدد من الأفراد نظراً لطبيعة مشكلاتهم، والحاجة إلى إحداث تغييرات سريعة، وأحراز تقدم وتحسن سريع وثابت بعد انتهاء فترة العلاج والعلاج المعرفى السلوكى المختصر هو علاج براجماتى pragmatic، وقد يستخدم مع أنواع أخرى من العلاجات، فهو علاج ذو كفاءة فى علاج الاكتئاب (Scott, et al., ١٩٩٤) ومرضى الإقامة الوقتية بالمستشفى (Bleek & Lefkowitz, ١٩٩١). ويفترض مركز بنسلفانيا للعلاج المعرفى Pennsylvania Center for Cognitive Therapy أن العميل قد يستفيد أحياناً من تصاحب العلاج الفردى Individual therapy مع العلاج الزوجى couple therapy، والعلاج الجمعى group therapy وجماعات المساعدة الذاتية self-help groups (Ruddell & Curwen, ١٩٩٧).

متى ينتهى؟

لا يهدف العلاج المعرفى السلوكى المختصر إلى إمداد تشكيلى شخصية الفرد أو خصاله الأساسية. ولا يهتم كذلك بالتعرف على تفاصيل العمليات الارتقائية (انظر: ١، ٢). ويعتقد بعض المعالجين أن نموذج الرعاية الأولية primary care model قد يكون ملائماً للعلاج والإرشاد النفسى حيث يمر العميل بعدد من المسارات العلاجية على مدى حياته تستخدم خلالها أساليب وتدخلات

عديدة (Budman & Gurman, ١٩٨٨; Cummings, ١٩٩٠ & Cummings & Sayama, ١٩٩٥). وكل علاج نفسي عبر حياة الشخص هو علاج مرحلي epiradic أو علاج متسلسل قصير المدى serial short-term therapy. ولإدراكنا أن العلاج النفسي لا يحاول إعادة بناء الشخصية، وغالباً ما يفضل في حماية العميل من المعاناة من بعض المشكلات النفسية الأخرى التي قد تصيبه في أية فترة من فترات حياته، والتي قد تطرأ نتيجة عمليات الارتقاء، أو مواقف الحياة الضاغطة والمحبطة، فإننا نرى أن هذا النموذج يكون متوافقاً مع العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ولذا فقد يفقد هذا العلاج قيمته ويكون غير مساعد إذا لم يتم تقديمه بشكل انتقائي.

الفصل الثاني

إطار العمل المعرفى السلوكى

الفصل الثانی

إطار العمل المعرفى السلوكى

The cognitive Behavioural Framework

سوف يوضح هذا الفصل بشكل مختصر، المبادئ والممارسات الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى، والمبدأ الأساسى والمركزى للعلاج المعرفى السلوكى هو أن الأفكار (thoughts)، والوجدان (emotion)، والسلوك (behaviour)، والجوانب الفسيولوجية هى كلها مكونات لنظام موحد (unified system)، فالتغير الحادث فى أى مكون منها يكون مصحوباً بتغير فى المكونات الأخرى. فعلى سبيل المثال: لو انفجر جهاز التلفاز فجأة أثناء مشاهدة شخص له، فهذا الفرد سوف يمر بتغيرات فسيولوجية (ارتفاع مستوى الأدرينالين فى الدم)، وتغير سلوكى سريع (التحول من الهدوء أثناء المشاهدة إلى القفز والجرى والبحث عن مطفأة حريق أو الاتصال بوحدة الطوارئ)، وأنفعالات معينة (الشعور بالقلق والهلع)، مع بعض الأفكار (المنزل سوف يحترق، وسوف أصاب أو أموت). والعلاج المعرفى السلوكى يدرك الطبيعة الموحدة لهذا الكل المتألف. وهذا المثال لا يعرض مشكلة نفسية، ولكن عندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغيرات الحادثة تتركز فى بؤرة الأفكار غير السارة. وعند قراءة المثال السابق يعتقد الفرد أنه لن يمر بهذه الخبرة كما تم عرضها ولن يتصرف بالطريقة نفسها، والعلاج المعرفى السلوكى ينظر لذلك بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر فى الموقف نفسه مدى مختلفاً من المشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، والسلوك؛ وتعتبر الأفكار هى الموجه لهذه المكونات الثلاث، حيث أنها ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسى، وإنما تتوقف على الطريقة التى ينظر بها كل منا للموقف نفسه، ومن ثم فقد تم الإشارة إليه منذ عصور قديمة قبل التاريخ وفى فجر التاريخ حيث دون

إبيكتيتوس^(*) Epictetus أن الناس لا يضطربون بسبب ما يعمرون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف. وحذا حدوه هي هذه الوجة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل أرنولد Kelly (1955)، وبيك Beck (1964)، وإليس Ellis (1962)، وسكيلى Kelly (1955)، ولازاروس Lazarus (1969). وقد نمي بيك Beck العلاج المعرفي وبدأ عمله مركزاً على الاكتاب.

وتتلخص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
- أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
- هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم).

ويوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما في ثورة العلاج المعرفي السلوكي هما: الأفكار الآلية automatic thoughts، والمعتقدات الخبيثة أو المضمرة underlying beliefs.

الأفكار الآلية:

هي مصطلح أطلقه "بيك" على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق الوعي الشخصي (Beck & Greenberg, 1974). وتوجد عدة مصطلحات شبيهة وتعد مرادفات لها من قبيل "العبارات الداخلية" internalized statements، و"العبارات الذاتية" Self-statements، و"الأشياء التي

(*) هو أحد الفلاسفة الرومانيين اليونانيين القدماء وكان عبداً وأخفته سيده (55 ق.م / 130م).

تخبر بها نفسك "things you tell yourself" (Ellis, ١٩٦٢) و"الحديث الذاتي self-talk" (Maultrby, ١٩٦٨) .

المعتقدات المضمرة:

هي المعتقدات beliefs والافتراضات assumptions التي تنتج الأفكار والصور الذهنية التي تشكل محتوى الأفكار الآلية. ويمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية، والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات schemas فالمخططات عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل، وكبناءات لتذكر المعلومات وتفسيرها، وكإطار عمل منظم لحل المشكلات problem solving . وكل منا يتبنى مدى واسعاً من المخططات التي تمكنا من تكوين حس عام للعالم، ووضع أى معلومات وخبرات جديدة داخل سياق (Rosen, ١٩٨٣; Rumelhart & Ortony, ١٩٧٧; Rumelhart, ١٩٨١). وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل منا لكي يتعامل مع العالم، وتلك الأنظمة يبدأ تشكلها منذ الطفولة المبكرة، وبمجرد تشكلها فهي ترشد معالجة المعلومات information processing وتوجهها كما توجه السلوك (Bartlett, ١٩٣٢) وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف ويدرك نفسه، والآخرين، والعالم وهي مرتبة تصاعدياً تبعاً للأهمية. فمثلاً هي حالة التلفاز المتفجر الشخص الذي يعتقد معتقداً مضمراً مفاده "النار دائماً تسبب الموت" من المحتمل أن يشعر بالهلع panic، ويهاجم بالأفكار الآلية مثل "سوف أموت" مصحوبة بصور سلبية مثل تصور جسد متفحم تغطيه النار، في حين أن الشخص الذي يعتقد معتقداً مفاده "أن الحرائق خطيرة في حال عدم السيطرة عليها" قد يشعر بحاجته للتصرف بشكل جيد ومناسب وقد تتنابه أفكار آلية من قبيل "أقطع الكهرباء . أطلب المساعدة الآن" وتكون مصحوبة بصور وتصورات ذهنية مساعدة وبناءة للتعامل مع الموقف. والشخص الذي يعتقد معتقداً في قمة الترتيب مفاده "الحياة خطيرة"

سيميل إلى إظهار القلق فى مدى واسع من المواقف. وعندما يوجد معتقد مثل ذلك فى قمة الترتيب ويؤثر على قطاع واسع من حياة الفرد يُعرف على أنه معتقد محورى care belief ونحن نتبع وجهة نظر "بيك" فى أن المخططات هى بناءات معرفية داخل العقل، فى حين أن المعتقد المحورى هو المحتوى الخاص لها specific content (Beck, ١٩٦٤). لكن عديداً من المتخصصين يستخدمون كلا المصطلحين بشكل مترادف (Paderky, ١٩٩٤) والمعتقدات المحورية تعمل فى مستوى بدائى فهى كلية global، وجامدة rigid، ومفرطة التعميم overgeneralized.

المعتقدات الوسيطة Intermediate Beliefs:

تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية عدداً من المعتقدات الوسيطة (شكل ١)، وهى مركبة من اتجاهات attitude وقواعد rules والمفروض أو الافتراضات.

- الاتجاه: من المفزع أن أكون فى خطر.
- القواعد (التوقع): يجب أن أكون آمناً دائماً وأتصرف بحرص.
- المفروض: لو تصرفت بحذر غالبية الوقت ستكون الحياة أقل خطورة.

المعتقدات المحورية	المعتقدات الوسيطة	الأفكار الآلية
كلية جامدة. علمة	اتجاهات قواعد/ توقعات افتراضات	عاصفة من الأفكار الخيالات كلمات/ عبارات.

شكل (١): موقع المعتقدات الوسيطة.

وضحنا بشكل مختصر البناءات المعرفية التى تحمل مفتاح الصعوبات النفسية التى يمر بها الفرد. فكيف يمكن للمعالج المعرفى السلوكى مساعدة العميل على قهر هذه الصعوبات من خلال علاج مختصر؟ وقد أوضح

كل من تروكس و كاركوف (Truax & Carkuff, ١٩٦٧) المهارات الإرشادية وعرفاها وحدداها كما يلي:

- ١- كن متعاطفاً بشكل واضح.
- ٢- كن مع العميل.
- ٣- كن متفهماً، أو مدركاً لما يطرحة العميل.
- ٤- تواصل بتعاطف مدرك ومتفهم.
- ٥- تواصل بنظرة إيجابية غير مشروطة.

إلى جانب هذه المهارات الإرشادية الأساسية، يوجد عدد من الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى التى تمكن المعالج من مساعدة العميل على توضيح، واستكشاف أسس الأفكار التى تقود إلى المشاعر والسلوك، وتقضى إلى بعض الأرجاع الفسيولوجية كما ذُكرت سابقاً. ويرى بعض المعالجين أنه من المناسب أن تُرمز هذه الأسس والقواعد بـ أ ب ج. حيث (أ) تعنى الحدث المثير، (ب) تعنى المعتقد، (ج) تعنى النتائج. (Ellis, ١٩٦٢, ١٩٧٧)

- أ : الحدث المثير Activating event : انفجار التلفاز.
- ب : المعتقد Belief : أنا فى خطر محقق.
- ج : المترتبات (النتائج) Conquence : القلق.

و "أ" (الحدث المثير) قد يكون حدثاً فعلياً واقعياً مثل انفجار التلفاز، أو خبرة، أو حتى مجرد فكرة، أو أحد أحلام اليقظة، أو صورة أو انفعال عمماً يعتقد الشخص أو يفكر به. و "ب" (المعتقد)، ربما يكون معتقداً محورياً، أو افتراضات ضمنية مضمرة، أو معتقداً وسيطاً داخلياً، أو فكرة آلية. ويذكر بيك أنه فى كثير من الأحيان، يظهر التفكير اللاتوافقى فى شكل صورى أو تصويرى بدلاً من أو إلى جانب الشكل اللفظى (Beck, ١٩٧٠). و "ج"

(النتيجة) قد تكون أى شئ أدت إليه الفكرة أو المعتقد (ب) مثل انفعال ما (الخوف)، أو سلوك (الهرب)، أو استجابة فسيولوجية (الخفقان palpitation).

والعلاج المعرفى السلوكى يشجع العملاء باستمرار وبشكل تدريجى على التعرف على انفعالاتهم وقبولها، ليتتبعوا أفكارهم الآلية وكذلك المعتقدات المضمره (الوسيطه والمحوريه). وعندما يتم التعرف على العلاقة أو الرابطة بين الأفكار (المعتقدات) والانفعالات (النتائج) يمكن فقط هنا إحراز تقدم من خلال العلاج المعرفى السلوكى. وبمجرد أن تبدأ هذه العملية يُشجع العميل على أن يبحث عن دليل يدعم معتقداته غير المعقولة. والقدرة على إيجاد أى دليل يمثل تحدياً لكل معتقد غير مساعد ولا عقلانى، حيث يتم إعادة تشكيلها بصورة أكثر توافقاً. وهذه المعتقدات العقلانية الجديدة تدعم تعديل الانفعالات المحبطة والسلوك. وللمساعدة فى هذه العملية يتم استخدام نموذج الأفكار الآلية بشكل عام وتستخدم كل من المعتقدات والانفعالات للمساعدة فى تغيير الأفكار والفروض عبر الوقت.

أخطاء التفكير Thinking errors:

تعرف أخطار التفكير بأنها تشويهات معرفية cognitive distortions أو أنها تفكير ملتوى twisted (Burns, ١٩٨٠, ١٩٦٩). وتحديد الأفكار الآلية وأخطاء التفكير المتضمنة داخلها تؤدي دوراً رئيسياً فى العلاج المعرفى السلوكى، ويميل العميل إلى عمل أخطاء ثابتة فى التفكير، ويساعد المعالج العميل فى تحديد هذه الأخطاء أو التشوهات المعرفية. والعملاء يواجهون بانطباع أن الأفراد عندما يحيطون انفعالياً فهم غالباً ما يكونون لديهم أفكاراً مصاحبة وقد تبدو فى هذا الوقت مقبولة وصادقة لكن بعد فحصها عن قرب يكتشفون أنها غير مساعدة وغير واقعية وغير متسقة مع الواقع. وأكثر الأفكار الآلية التى تشتت العميل تكون أفكاراً مشوهة وغير واقعية.

وسوف يتعلم العميل كيف يحدد أخطاء التفكير التى تؤدى إلى المزاج السلبى، ومن المهم أن نوضح للعميل أنه ليس وحده الذى يعانى من تلك الأفكار أو هذا التشوه المعرفى لكنها عامة وشائعة لدى كل الجنس البشرى لكنها تتضح وتتواءم مع الكرب الانفعالى وتم تحديد أخطاء التفكير الشائعة فى الأنماط الآتية:

١ - تفكير الكل أو اللاشئ (التفكير الثنائى):

All or nothing thinking (dichotomous thinking)

حيث يدرك الشخص نفسه والآخرين والمواقف والعالم وفقاً لفئات حادة متطرفة، ويميل هذا النمط من التفكير إلى أن يكون مطلقاً ولا مجال فيه لبصيص من أمل، فمثلاً الأم التى ترى نفسها سيئة تماماً لأنها محبطة من طفلها الصغير، وترى الأمهات الأخريات يتمتعن بالصبر على أولادهن، لذلك فهى ترى الأمهات الأخريات كلهن بشكل عام أفضل منها، ويعد هذا النمط من التفكير نمطاً غير واقعى تماماً.

٢ - الشخصنة واللوم Personalization and blame

وفى هذا النوع من أخطاء التفكير، يلوم الفرد نفسه على كل ما يحدث من أخطاء، ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية، ويجعل الفرد نفسه مسؤولاً بصفة شخصية عن حدث قد يكون بعيداً عن سيطرته، فمثلاً مندربة صغيرة تعتقد أن مدربها فظ وجاف معها نتيجة أخطائها، وقد أغفلت الجزء الخاص بالآخرين الذين قد يكون لهم دوراً فى إفساد احتمالية كونها مسئولة كلية عما يحدث. وقد يحدث أيضاً العكس، وهو أن يلقى الفرد باللوم على الآخرين نتيجة ما تعانىه من مشكلات وظروف، ولا تعتقد أنها تشترك فى جزء من المشكلة، مثل المرأة التى تلوم زوجها طول الوقت على فساد وتحطم حياتها الزوجية.

٣ - التفكير الكوارثي (قراء المستقبل) (Catastrophizing (Future telling):

وهنا يتوقع الفرد (سوء الحظ) وسلبية المستقبل ويعتقد في أشياء سوف تعود عليه بأمور سيئة. وبشيع هذا الخطأ في مشكلات القلق (Ellis, ١٩٦٦). حيث يميل العميل إلى إمعان النظر والاستغراق في الاحتمالات والنتائج الأسوأ للموقف، ومثال على ذلك، المدير الناجح الذي هو بصدد عمل عرض للشركة فهو يكون منشغلاً بأفكار من قبيل سوف أرتكب أخطاء أثناء العرض، سوف أتسبب في خسارة الشركة، أو أنه سوف يفقد وظيفته ويصبح عاطلاً.

٤ - الاستنتاج الانفعالي (Emotional reasoning):

وهنا يرسم الأفراد نهاية حدث ما بناءً على إحساسهم الداخلي متجاهلين أي دلائل على إمكانية حدوث العكس. فمثلاً الشاب الذي ينتظر شريكته الجديدة فهو يشعر بالحزن والرفض ويقول لنفسه "لقد نبذت" ويفشل في أن يفترض أنها ربما قد تكون قد تأخرت في العمل، أو أنها لم تلحق الحافلة في موعدها، أو أن سيارتها تعطلت... الخ.

٥ - عبارات يجب ولازم (Should or must statements):

وهنا يكون لدى الفرد فكرة ثابتة عن نفسه، أو عن الآخرين، والعالم تترجمها أفعال ينبغي، "ويجب" أن يكون. هالتفضيلات والتوقعات تم تحويلها إلى طلبات جامدة متصلبة. وعندما لا توافق هذه المطالب مشاعر الفرد فإنه يحبط ويكدر انفعالياً ويبالغ في مدى الكرب والسوء الذي هو فيه عندما لا تتحقق توقعاته، فمثلاً: لاعبة الجمباز التي تؤدي تمريناً صعباً على جهاز المتوازي تقول لنفسها "لا يجب أن أرتكب أي أخطاء" وقد يؤدي بها هذا النمط من التفكير إلى الشعور بالكرب والإحباط وقد تنقطع عن التدريب لعدة أيام.

٦ - التنقية العقلية (التجريد الانتقائى) Mental filter (selective abstraction):

يوجه الفرد هنا اهتماماً وانتهاهاً خاصاً لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها بشكل لا نهائى، متجاهلاً أى من التصورات الإيجابية الأخرى، فهو لا يرى الصورة بشكل كلى لكنه فقط يركز على الجانب السيئ فيها فمثلاً: المرأة الشابة التى تتلقى كثيراً من الإطراء والمدح، أو التعليقات الإيجابية عن طريقتها الجديدة فى تصفيف شعرها، إلا أن صديقة واحدة لها عبرت عن عدم حبها لهذا الشكل فهى تضع هذا التعليق داخلها لأيام وقد تلبس قبعة.

٧ - العجز أو عدم النظر للإيجابيات: Disqualifying or discounting the positive:

حيث يتجاهل الفرد أى إيجابيات لأى موقف ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب فمثلاً: الطاه الذى يطهو وجبات ممتازة فى معظم المناسبات لكنه لا يعطى نفسه أى قيمة فهو قد يعد وجبة غير شهية فى أحد المناسبات ويعتبر نفسه بناءً على ذلك أنه طاه غير مبدع وغير جيد.

٨ - التعميم الزائد Overgeneralization:

يفكر الشخص على هذا النحو لأنه مر بخبرة سيئة مرة، فهى سوف تحدث له دائماً فهو يقوم بعمل تعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد. فالرجل الذى يذهب لمقابلة لوظيفة ما لكنه لا يوفق فيها، فسوف يعتقد أنه سيرفض فى كل وظيفة يتقدم لها.

٩- التضخيم والتهوين Magnification & Minimization:

الفرد الذي يتبنى هذا النوع من التفكير عندما يدرك نفسه، والآخرين، أو المواقف سيميل إلى التضخيم أو المبالغة للمكونات السلبية وأيضاً يقلل من الإيجابيات أو يسقطها من حساباته.

١٠- العنونة Labelling:

حيث لا يرى الفرد نفسه أو الآخرين تبعاً لمصطلحات الكل أو اللاشيء فقط بل يذهب أبعد من ذلك فيطلق عناوين غالباً ما تكون إزدرائية. فمثلاً الأم التي قدمناها سابقاً قد تصف نفسها أو تطلق على نفسها "أم عديمة القلب" وعندما يتم تطبيق هذا الخطأ من التفكير على الآخرين فقد يقول المرء لنفسه "إنه فاسد وحقالة" فهو يرى الآخر على أنه سيئ تماماً لذلك فهو يشعر بالغضب والعدائية. والشخص الذي يرتكب خطأ في العمل فقد يطلق على نفسه أنه "غبى تماماً".

١١- القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزافي):

Jumping to conclusions (arbitrary inference)

الشخص ذو التفكير المشوه بهذا النوع من أخطاء التفكير يستنتج أن النتائج ستكون سلبية بدون وجود دليل على ذلك، حتى لو كانت هناك دلائل تشير إلى وجود نتائج إيجابية. ويوجد نوعان رئيسيان من هذا النوع من أخطاء التفكير هما:

١- قراءة العقل Mind reading: الفرد الذي يفكر في أنه يعرف كيف يفكر الآخرون ولا يعطى اعتباراً لوجود أي احتمالات أخرى، فعلى سبيل المثال موظفة تعاني من القلق الاجتماعي social anxiety تعتقد أن

زملاءها فى العمل ينظرون إليها على أنها غير كفء وغير متزنة فى مدى واسع من المواقف.

٢- التنبؤ بالمستقبل Future telling: يتوقع الفرد أن أحداث المستقبل سوف تأتى على محمل سيئ، فمثلاً: الفرد الذى يكون بصدد إجراء فحص روتينى بالأشعة السينية X-ray على الصدر يتوقع مسبقاً أنه قد يكون مصاباً بالأورام السرطانية (أنظر: التفكير الكوارثى).

فئات أخطاء التفكير:

من الأهمية أن نشير إلى أن فكرة آلية معينة، أو معتقد، أو استدلال ما قد لا يحتوى فقط على واحد من أخطاء التفكير، بل عديد منها، وسوف يتم توضيح ذلك لاحقاً. وقد ذكرنا سابقاً أن الشخص يميل إلى تبني نمط من أخطاء التفكير قد يكون ثابتاً، فمثلاً قد يستخدم فى أغلب مواقفه فئة مثل (القفز إلى النتائج) وأيضاً أفعال "يجب ولازم" والمشكلات الوجدانية مثل القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، كلها قد تميل إلى تبني فئة أساسية واضحة من التشوه المعرفى أو أخطاء التفكير المتعلقة بها، ويوضح شكل (٢) بعض فئات أخطاء التفكير الشائعة فى مشكلات انفعالية وجدانية بعينها، ويمكن أن يستخدم ذلك لمساعدة المعالج فى تحديد أخطاء التفكير الجوهرية لمشكلة بعينها، وأياً كان الأمر، فمن المهم الإشارة إلى أن الفئة التى يتبناها شخص معين، لمشكلة انفعالية معينة ومحددة سوف يغب عليها طابع الفردية.

الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى:

قد وضعنا حتى الآن الآليات التى عن طريقها يقع الشخص فى مشكلات انفعالية وإحباطات، وهى الجزء التالى من الفصل سوف نرشده إلى الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى، والتى عن طريقها يتم تطبيق النموذج العلاجى على مشكلة العميل. ويلخص شكل (٣) هذه الخصائص قبل أن نتناولها تفصيلاً.

الخجل/ الارتباك	الغيرة المرضية	الألم	الشعور بالذنب	الغضب	الاكتئاب	القلق الهلع العصبية	
✓		✓		✓	✓	✓	النكث أو اللانسي
✓			✓	✓	✓		الشخصنة واللوم
✓	✓				✓	✓	التفكير الكوارثي
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	يجب وينبغي
✓			✓		✓	✓	التنقية العقلية
				✓	✓	✓	تجاهل الإيجابيات
					✓	✓	التعميم المفرط
		✓			✓	✓	التضخيم والتهمين
		✓			✓	✓	القفز إلى النتائج
				✓			١- قراءة العقل
✓	✓						٢- التنبؤ بالمستقبل
✓			✓	✓	✓	✓	العدونة
	✓	✓			✓	✓	الاستدلال الجزافي

شكل (٢) فئات أخطاء التفكير وشيوعها ضمن بعض المشكلات الانفعالية.

الأسلوب العلاجي.
صياغة المشكلة.
العلاقة التعاونية.
الإعداد والتخطيط للجلسات والعلاج.
العلاج محدد الهدف.
اختبار ومناقشة التفكير غير المساعد.
استخدام عديد من الأساليب المساعدة.
تعليم العميل أن يكون معالجاً لنفسه.
الواجب المنزلي.
تحديد الوقت.
جلسات التسجيل الصوتي.

شكل (٣) خصائص العلاج المعرفي السلوكي الأساسية.

١ - الأسلوب العلاجى Therapeutic style :

بدأنا بالأسلوب العلاجى لأنه غالباً ما يختلف فى سياق العلاج المعرفى السلوكى عن بعض الأشكال الأخرى من الإرشاد والعلاج. وفى العلاج المعرفى السلوكى يحضر العميل للعلاج مواجهاً لعدد كبير من المهارات والمعارف، لذلك يكون تابعاً للمعالج خاصة فى المراحل الأولى للعلاج لتوجيه مسار العلاج وتحديد التوجهات العلاجية. ويتميز أسلوب المعالج بالنشاط، والمباشرة، ويكون حساساً لإحداث التوازن فى التواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل ويشترك مع العميل لتحديد أهداف العميل. وجزء من هذا الأسلوب العلاجى، يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة عن مشكلة العميل، شاملة معارفه.

٢ - صياغة المشكلة Formulation of problem :

يقوم المعالج بجمع كم كبير من المعلومات عن العميل، وعن مشكلته، ليس فقط عن طريق المعلومات اللفظية من العميل؛ إنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه، وأيضاً من خلال إجراء فحص موضوعى شامل للعميل فى فترة مبكرة من العلاج، وبناءً على هذا الكم من المعلومات، يتم صياغة المشكلة conceptualization . وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل فى ضوء المعلومات المتجددة.

وبشكل خاص يحدد المعالج التفكير الراهن للعميل الذى يرتبط بالسلوكيات المشكلة ويساعد على استمرارها، وكذلك رصد الانفعالات، والعوامل المرسبة والمفجرة التى ترتبط بالمشكلة الحالية والتى من شأنها أن تدعم السلوك غير المساعد، وأيضاً التعرف على تفسير العميل للأحداث الارتقائية الأساسية. وسوف يتم مناقشة صياغة المشكلة بشكل أكثر شمولاً فى سياق الفصل الثالث.

٣ - العلاقة التعاوضية المشتركة Collaborative relationship:

يكون المعالج غير متحفظ بالنسبة لصياغة المشكلة، وغالباً ما يطرح بعض النقاام، لمناقشتها مع العميل لإحراز تقدم فى صياغة المشكلة، والمعالج المعرفى السلوكى ليس كبقية الأنواع الأخرى من العلاجات، فهو قابل للانتقال والتعلم، ولا يقدم كما لو كان ضروباً من السحر، إنما هو نوع من التعليم والتثقيف النفسى ويكون العميل واعياً ومستبصراً بالعملية العلاجية. وغالباً ما يتم استخدام قراءة بعض النصوص (العلاج بالقراءة (Bibliotherapy) (Lazarus, 19٧١; Macarkill & Macarkill, ١٩٩١) ويشارك المعالج العميل فى تصورات مثل التعرف على الأفكار الآتية، والمعتقدات المشوهة ويوصى باتباع وإجراء الواجبات المنزلية Homework، ويشجع العميل على المشاركة التامة، وأن يتحمل المسئولية عن بعض القضايا العلاجية فى مراحل مبكرة من العلاج. ويتم تعميق من خلال انفتاح العلاج ورضوخه اشتراك كل من المعالج والعميل فى وضع (جدول أعمال) لكل جلسة، وكذلك إعطاء وتلقى العائد بشكل مباشر ومستمر، ومن خلال عدد من المهارات العلاجية الأخرى التى ليست قاصرة على العلاج المعرفى السلوكى فقط (تم ذكرها سابقاً) يتمكن المعالج سريعاً من إقامة علاقة علاجية جيدة مع العميل.

وفى حالة التعامل مع بعض أنواع العملاء صعب المراس، ووجود صعوبة فى الوصول إلى المشكلات وتحديدتها بدقة ووضوح (كالتعامل مع أشخاص ذوي اضطراب الشخصية الحدية)، فمن الضرورى أن يستغرق المعالج وقتاً أطول، ويهتم بتأكيد ذلك بشكل صارم وذلك قبل التعمق فى العملية العلاجية، وكما تمت الإشارة فى موضع سابق من هذا الفصل، فالمعالج المختصر قد لا يكون مناسباً ومفيداً بدون تحديد واضح للمشكلة التى سيتم التعامل معها.

٤ - بناء الجلسات والعلاج Structur to serrions and to therapy:

أوضحت المناقشة السابقة، أن الجلسات العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال، ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، ولجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى. ولاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات واضحة فى سياق العلاج المختصر، فهو يسمح لكل من المعالج والعميل بتوظيف أمثل لوقتهم المحدود وبشكل أكثر كفاءة، ويساهم فى تأكيد أهمية النقاط التى يأمل المعالج تناولها أثناء الجلسة حتى لا تترك للنهاية أو يتم نسيانها جزئياً، وكذلك يساعد على التعاون على حل المشكلات وبمثابة موجه للعميل، ويمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجى، وهو يمثل بناءً معرفياً يساعد العميل على فهم القضايا المركزية للعلاج المعرفى السلوكى، ويمكنه من تطبيق هذا البناء على نفسه بمجرد انتهاء العلاج. والبناء النموذجى للجلسات كما يلى:

- ١- فحص مزاج المريض.
- ٢- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلسات.
- ٣- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
- ٤- تلقى العائد، والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
- ٥- مناقشة بنود جدول الأعمال.
- ٦- وضع الواجب المنزلى.
- ٧- طلب عائد فى نهاية الجلسة.

وهناك عدد من مكونات بناء العلاج ذات الأهمية نظراً لكفاءتها وفعاليتها، وتعتبر هذه المكونات ثابتة نسبياً طوال العملية العلاجية، لكن قد تتغير بعض التصورات والقضايا العلاجية مع تقدم العملية العلاجية، والعلاج المعرفى السلوكى يسلم بتداخل المراحل العلاجية، ويتم تعميق التقدم العلاجى

عن طريق طرح مهام ومسئوليات محددة للمعالج والعميل فى مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع، وعلى سبيل المثال فإن تحديد الأفكار الآتية السلبية سيكون موضوعاً مركزياً فى بداية العلاج، فى حين أن تعديل المعتقدات المحورية غالباً لا تتم المحاولة فيها حتى مرحلة لاحقة من العلاج. وبناء الجلسات على هذا النحو يسمح بالتخطيط لنهاية العلاج، ولساعات الوقاية من الانتكاس، ولساعات المتابعة، وأيضاً التخطيط لمواجهة العقبات المحتملة أثناء العملية العلاجية. ويتحدد بناء الجلسات تبعاً للمشكلة التى يواجهها العميل، فمثلاً لو تم تشخيص مريض بالرجوع إلى دليل التشخيص الإحصائى للأمراض العقلية فى الطبعة الرابعة DSM-IV على أنه يعانى من النهم العصبى Bulmia nervosa فربما نتبع المراحل العلاجية الثلاث التى وضعها فيربرن وكوبر (Faerburn & Cooper, 1989).

٥ - العلاج الموجه نحو الهدف Goal-directed therapy:

لقد وضعنا الطريقة التى يعمل بها المعالج والعميل بشكل تعاونى معاً وعندما يحضر العميل للجلسة بمشكلة معينة فالمعالج يشجعه على صياغتها بصورة سلوكية، فمثلاً لو أشارت إحدى العميليات إلى أنها تشعر بالاكئاب، فسيقوم المعالج بفحص كيفية ظهور الاكتئاب لديها فلو أفادت بأنها منعزلة اجتماعياً، وليس لديها شهية جيدة، وتعانى من نقص فى الطاقة ومستوى النشاط، عما كانت عليه من قبل، وفقدت قدرتها على الاستمتاع بنشاطات معينة كانت تسعدها فى السابق، هنا فإن إعادة تقييم وصياغة هذه المهام قد تصبح من الأهداف النوعية للعلاج. وبشكل عام، فإن أى شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهنا سوف يعمل المعالج معه بشكل تعاونى للوقوف على التغيرات الملائمة والمناسبة وذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل. وسوف يتم بناءً على ذلك وبشكل تعاونى أيضاً تحديد الأهداف وتقريرها، وكذلك تحديد المهام الضرورية التى من شأنها أن تحقق

تلك الأهداف. وفي بعض الأحيان قد يريد العميل تحقيق هدف يكون عائقاً في سبيل التحسن، فمثلاً: قد يطلب أحد العملاء أهدافاً تتسق مع معتقداته غير الواقعية بأنه يجب أن يكون ممتازاً في كل شئ وبكل الطرق وفي كل الأوقات، وفي هذه الحال يناقش المعالج ذلك بصراحة مع العميل، وإيضاح أنه لا يكون العلاج ملائماً إلا في حالة وجود أهداف مناسبة وواقعية؛ وهنا فقط يكون العلاج المختصر مفيداً، وواقعياً، فالعلاج المعرفى السلوكى المختصر هو علاج محدد الهدف "Goal limited therapy" (انظر: Lazarus & Fay, ١٩٩٠). ولو كان العميل لديه عديداً من الأهداف فقد يكون من غير المناسب استخدام تدخلات علاجية مختصرة.

٦- فحص ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه):

Examines and questions unhelpful thinking

إن حجر الزاوية في العلاج المعرفى السلوكى مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات (هي بعض الحالات)، والاستجابات الفسيولوجية، ويحتاج الفرد إلى أن يغير ويستبدل تفكيره إذا أراد أن يتغلب على مشكلاته النفسية العديدة. واعتماداً على طبيعة المشكلة فربما يستلزم العمل على الأفكار الآلية، والأفكار الوسيطة، أو المعتقدات المحورية، ومن غير المحتمل أن بعض أشكال العلاج المعرفى مثل العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لأليس (Rational Emotive Behavior Therapy REBT) (Ellis, ١٩٩٤) والعلاج المعرفى السلوكى، ألا يواجه ظهور أنماط التفكير المشوه، ويستخدم المعالجون عمليات التساؤل السقراطى socratic uestioning حيث يشجع العميل على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير غير المساعد، وغير المنطقى. ومن المهم فحص معنى معتقدات العميل قبل البدء في العمل عليها، وتزداد تلك الأهمية خاصة عند التعامل مع المشكلات بشكل عبر حضارى (Ruddell, ١٩٩٧). وفرق آخر بين العلاج العقلانى الانفعالى والعلاج المعرفى السلوكى، أن هذا الأخير يعمل وبشكل رئيسى في مستوى استدلالى خلال المراحل الأولى من

العلاج، فى حين أن العلاج الانفعالى السلوكى يعمل غالباً فى مستويات تقييمية. فمثلاً المدير الناجح (فى مثال سابق) الذى استدل أنه سوف يرتكب أخطاءً أثناء العرض للشركة التى يعمل بها؛ فالمعالج المعرفى السلوكى قد يدعوه للنظر إلى الأدلة التى تؤيد هذا الاستدلال والبحث عنها؛ فلو كان الدليل مفقوداً فإن ذلك سيؤدى إلى أنه سيتخلى عن بقية المتربات التى ترتبط بهذا المعتقد (عن أنه سوف يفقد وظيفته، أو سيتسبب فى خسارة الشركة أو أنه سيصبح عاطلاً)، ومن جهة أخرى فإن المعالج المعرفى العقلانى الانفعالى السلوكى، سوف يفضل التركيز على الفروض التى قد تظهر وتؤيدها الأدلة مثل (أنا لا يجب أن ارتكب أى خطأ، ولو فعلت فلن يمكننى تحاشيه وإيقافه).

وتم وضع قائمة من الأسئلة عن المعتقدات والأفكار التى ربما يقابلها أو يستتجها المعالج بواسطة بالمر، ودرين (1995) (Palmer & Dryden, 1995) وأيضاً بالمر وستريكلان (1996) (Palmer & Strichland, 1996). وتم عرضها فى جدول (1) وسوف يتم استخدامها بشكل مفيد فى سياق العملية العلاجية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى على مدى الكتاب الراهن، وأيضاً تم عرضها فى الملحق (1) مع أشكال أخرى من قوائم الأسئلة التى يمكن أن يسألها العميل لنفسه كأحد وسائل المساعدة الذاتية self-help aid وهى كما يلى:

- ١- هل هذا منطقى؟
- ٢- هل سيوافق الآخرون على منطقتك؟
- ٣- ما الدليل على صحة معتقدك؟
- ٤- أين كُتِبَ هذا المعتقد (هو فقط جزء داخل رأسك)؟
- ٥- هل اعتقادك عقلانى وواقعى؟
- ٦- هل سيوافق أصدقائك وزملائك على فكرتك؟
- ٧- هل كل فرد يشاركك اتجاهك؟ لو الإجابة بـ (لا) لماذا لا؟

- ٨- هل تتوقع من نفسك أو من الآخرين أن تكون ممتازاً وكاملاً مقارنة ببقية الجنس البشري.
- ٩- ما الذى يجعل الموقف مريباً، ومخزياً، وفضلياً؟
- ١٠- هل تعمل من الحبة قبة؟
- ١١- حسناً، يبدو ذلك سيئاً لمدة شهر، أو ثلاثة، أو ستة، أو اثني عشر شهراً؟
- ١٢- حسناً، هذا سيكون مهماً في مدة سنتين؟
- ١٣- هل تضخم أهمية هذه المشكلة؟
- ١٤- هل تتباً بالمستقبل بناءً على دليل واهى، وأن أسوأ حوار توقعته سوف يحدث فعلاً؟
- ١٥- لو كنت لن تستطيع إيقافه فهل حقاً سوف تفشل وحدك؟
- ١٦- هل تركز على نفسك (أو على الآخرين) من حيث نواحي الضعف (أو الإهمال) فقط؟
- ١٧- هل تعذب من التفكير في أشياء سوف تحدث بدلاً من التعامل معها في وقتها؟
- ١٨- ماذا يفعل بك هذا الاتجاه أو الفكرة؟
- ١٩- هل اعتقادك يساعدك على تحقيق هدفك؟
- ٢٠- لو أن صديقاً لك فعل الخطأ نفسه، فهل سوف تنتقده؟
- ٢١- هل تفكر بطريقة الكل أو اللاشئ: هل هناك مساحة وسطى؟
- ٢٢- هل تتعت نفسك، أو آخر أو شئ ما؟ هل هذا شئ منطقي وعادل لتفعله؟
- ٢٣- هل مجرد حدوث مشكلة ما أن ذلك يعنى أنك أو هي أو هم، أضياء وبلا فائدة وميثوس منكم؟
- ٢٤- هل هدف اعتقادك منصياً على حل المشكلة؟
- ٢٥- لو كنت لا تستطيع إيقافه أو تحمله ماذا سيحدث بالفعل؟
- ٢٦- هل تضع قواعد لنفسك أو الآخرين؟ مثل يجب، ولازم، ولو كنت كذلك فهل هي مساعدة وبناءة وملائمة؟

- ٢٧- هل تأخذ الأمور بشكل شخصي مبالغ فيه؟
 ٢٨- هل تلوم الآخرين بشكل غير عادل لجرد أن تجعل نفسك (وقتياً) تشعر
 بتحسن؟

٧- استخدام عديد من الوسائل والأساليب المساعدة:

Uses range of aids and techniques

أوضحنا في موقع سابق من هذا الفصل، المهمة المركزية في العلاج المعرفي السلوكي، وهي الوصول إلى صياغة معرفية سلوكية لمشكلات العميل، وهذه الصياغة يتم تنميتها عبر الوقت، مما يتيح حرية بقدر معقول للمعالج أن يستعير عدداً من الأساليب والوسائل لمساعدة العميل في تغيير تفكيره المشوه، والذي بدوره يؤدي إلى قلب العميل على مشكلاته السلوكية والانفعالية. وأياً كان فإن الوسائل المساعدة تم تضمينها بشكل ثابت داخل إطار عمل القواعد الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي بدلاً من كونها مضافة إليه. وكمثال على ذلك، استخدام التجارب السلوكية مع مريض اضطرابات الهلع panic disorder . (Clark, ١٩٨٦) وتشمل المساعدات مدى واسعاً من الأدوات والاستخبارات (انظر: Ruddell, ١٩٩٧) لقياس تصورات وتوقعات المريض لمشكلاته من قبيل أدوات القياس السريعة rapid assessment instruments (انظر: Corcoran & Fisher, ١٩٨٧). وربما تكون هي الأكثر شيوعاً في العلاج المعرفي السلوكي، مثل قائمة بيك للاكتئاب BOI وقائمة الأفكار الآتية، وعديد من وسائل المساعدة الأخرى.

٨- تعليم العميل أن يكون معالماً لنفسه
 Teach client to become own therapist

أحد الأسباب الأساسية لأن يكون العلاج المعرفي السلوكي منقحاً، حد التخطيط، تشاركياً، مختصراً نسبياً، مباشراً، ومحدد الهدف،

انتهاء فترة العلاج. ويعتمد حجم وغزارة المهارات التي يتعلمها العميل، على طبيعة وحدة مشكلة العميل، والتي بدورها تؤثر في مدة العلاج. وتعتبر المشاركة الفعالة للعميل *active participation* في العملية العلاجية سواء داخل الجلسات أو فيما يتعلق بالمهام خارجها عاملاً حاسماً في كفاءته أن يصبح معالجا لنفسه.

٩- وضع الواجب المنزلي *Homework setting*:

إن معدل طول الجلسة العلاجية حوالي ٦٠ دقيقة، فلو أن العميل ركز فقط أثناء الجلسة على مشكلاته فذلك يعنى أن هناك ١٦٧ ساعة أسبوعياً لم يتم التعرض لها علاجياً، ويؤدى ذلك إلى نقص استمرارية العمل مع مشكلة معينة، لأن العملية العلاجية المتعلقة بالتسجيل، والملاحظة، وتقييم الأفكار من الصعب نقلها إلى الحياة اليومية. وما يماثل ذلك وظيفياً، هو المحافظة على الصحة العامة البدنية، فالتناس دائماً لا يرفضون أو يعترضون على تنظيف أسنانهم، أو الاستحمام، أو غسل الشعر بانتظام. إلخ وينفس الطريقة فمن المهم أن نخصص وقتاً للمحافظة على صحتنا العقلية والنفسية، والمشكلة التي قد تمثل عائقاً في وضع الواجب المنزلي هي الكلمة نفسها فبعض الناس يربطونها بالواجب المدرسى، الذى غالباً ما يتسم بوجود ارتباطات سلبية. لذلك فمن المهم أن نختبر ذلك مع العميل، ولو كانت هذه هي العقبة الوحيدة لإستخدام المصطلح، فمن الممكن اختيار مصطلح آخر ويفضل اختياره من قبل العميل. حيث لا يكون له أى ارتباطات سلبية لديه. ومصطلح "المهام" *Assignments* هو بديل شائع الاستخدام. وبالمثل يمكن أن تستخدم أى فكرة من الأفكار كأداة أو مادة علاجية. وسبب آخر يبرر ضرورة استمرار العملاء أداء الواجبات أو العمل خارج الجلسات، هو أنه في بعض الأحيان وليس عندما يكونوا وسط مواقف معينة أو نمط من المواقف، فهم يستطيعون

التقاط أكثر أفكارهم الآلية بروزاً، وهى الأفكار التى تعرف فى بعض الأحيان بأنها "المعارف الساخنة" Hot cognitions .

وسبب آخر لأهمية الواجب المنزلى، هو أنه يرفع وعى العميل بقدرته على الاستمرار فى العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، ذلك لأنه بالفعل قد تعلم عدداً من المهارات، وأصبح على قدر عال من الكفاءة والخبرة من خلال أداء الواجب المنزلى، وتختلف طبيعة المهام المنزلية وأنواعها اختلافاً كبيراً وواسعاً، ويعتمد ذلك على كل من العميل، وطبيعة المشكلة والمرحلة العلاجية، وكمثال للمهام شائعة الاستخدام، إكمال نموذج الأفكار الآلية.

١٠- تحديد الوقت Time Limited :

تم مناقشة تحديد الوقت بشكل كامل فى الفصل الأول فى علاقته بالعلاج المعرفى السلوكى المختصر. نأمل فقط أن نضيف أن العلاج المعرفى السلوكى مُحدد الوقت مقارنةً بعدد من المناهج الأخرى، ويرجع ذلك إلى مباشرته، وطبيعته التشاركية التعاونية، والتوجه نحو الهدف، والمنهج البنائى.

١١- جلسات التسجيل الصوتى Audio recording sessions :

لا تُعد ممارسة جلسات التسجيل الصوتى من الممارسات المركزية فى العلاج المعرفى السلوكى؛ لكنها غالباً ما تستخدم ومن الممكن أن تكون ذات فائدة للأسباب التالية:

أولاً: قد تكون مفيدة فى عملية المشاهدة والمراقبة، حيث تمتد المعالج - المراقب . بمعلومات أولية أكثر تفصيلاً وتنوعاً من الوصف اللاحق الذى يقدمه . المعالج خاصة المعالج المبتدئ بعد مرور فترة من الوقت، وكما هى الحال بالنسبة لبقيّة مفاهيم وأسس العلاج المعرفى السلوكى الأخرى، فإنه يتم

الاتفاق بشكل تعاونى مع العميل، ومناقشة مبررات استخدام التسجيل الصوتى.

ثانياً: أن ذلك قد يكون مفيداً للعميل نفسه حيث يمكنه التسجيل الصوتى من إعادة سماع وفهم وتذكر محاور الجلسة فى المنزل. كما يدعم ممارسة العمل بشكل علاجى خارج الجلسة. ويدعم أيضاً انفتاحية العلاج ويساعد العميل على تنمية مهاراته العلاجية التى يمكن تطبيقها على مشكلاتهم الأخرى.

والمقطع التالى مأخوذ من جلسة فعلية واقعية، وسوف يحدث مداخلات وسط الحوار تشير للمحاور التى تسبقها. وقد تم شرح وتوضيح الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى، وتم إقامة التحالف العلاجى بين المعالج والعميل، وكل منهم ضبط جهاز التسجيل على وضع التشغيل لبدء الجلسة:

المعالج: كيف شعرت خلال هذا الأسبوع يا على^(*)؟

العميل: لم يكن سيئاً فى الأيام الأخيرة، إنما أثناء العطلة انهرت ورجعت للمربع الأول؟

المعالج: يبدو أن مزاجك كان على ما يرام ثم بدأ يتعكر مجدداً.

العميل: بهممة نعم.

المعالج: هل يمكن أن نضع ذلك فى جدول الأعمال لننظر إليه بشئ من التفصيل؟

العميل: نعم.

حتى من خلال هذا المقطع المختصر من بداية الجلسة ظهرت ملامح العلاج المعرفى السلوكى، فقد بدأ المعالج بفحص مزاج العميل وانتقل

(*) استخدمنا اسماً عربياً ليلانم الترجمة العربية.

باختصار إلى مراجعة الأسبوع المنقضى. ووضح أن المعالج يتفاعل مع العميل، وأيضاً تم إيضاح الكيفية الموجهة للأسلوب العلاجى بالتركيز على وضع جدول الأعمال.

المعالج: هل أستطيع أن أرى قائمة الاككتاب خاصتك؟ (العميل يعطى للمعالج قائمة بيك للاككتاب التى ملامها قبل الجلسة).

المعالج: شكراً.. هل حدث شئ آخر خلال الأسبوع تريد أن تخبرنى به وتحدث عنه اليوم؟

العميل: نعم. عطلة نهاية الأسبوع كانت سيئة، فإن "هبة" تحاملت علىّ وبدأت الأمور تسير من سيئ إلى أسوأ.

المعالج: جيد، سوف ندون ما حدث فى عطلة نهاية الأسبوع فى جدول الأعمال قبل أن نبدأ فى وضع بقية بنوده وأريد أن أسألك عن جلسات الأسابيع الماضية ماذا تتذكر منها.

العميل: حسناً، كان من المريح أن أجد أننى قادر على عمل شئ بخصوص مشكلاتى بعد كل هذا الوقت، وأن أعرف أنها مترابطة، وأياً كان الأمر فهو يبدو أنه أمر يمكن التعامل معه، وأيضاً القائمة التى أعطيتنى إياها ساعدتني على معرفة أن الطريقة التى أفكر بها عن الأشياء يمكن أن تجعل مشكلتي أكثر سوءاً، لذلك لو بدأت أفكر فى الأشياء بطريقة مختلفة أبدأ فى الشعور بالتحسن، وكان من الجيد أن أضع هذه الملاحظة فى دفتر ملاحظاتي لكى أتذكرها.

المعالج هنا يلاحظ تدريجياً مزاج العميل من خلال مسار العلاج من خلال الجلسات واستخدام عدداً من أساليب المساعدة، فقد استخدم قائمة بيك لفحص مزاج العميل وكثير من المعالجين يطلبون من عملائهم أن يقوموا بملء قائمة بيك للاككتاب فى حجرة الانتظار، وقبل دخول الجلسة مباشرة كما

فعل المعالج في النص السابق. وقد أشار العميل أيضاً إلى نوعين من أساليب المساعدة وهما الملاحظات العلاجية، ونموذج الأفكار الآلية. وفي العلاج المعرفي السلوكي يتم تشجيع العميل على أن يكون لديه مذكرة علاجية تحتوي على تفاصيل الجلسة. وتساعد تلك المذكرات على ربط الجلسات العلاجية وبعضها بعضاً، وربط الجلسات العلاجية بمواقف المريض الحياتية. ويعد نموذج الأفكار الآلية الذي استخدمه توم جزءاً من الواجبات المنزلية التي أعقبت الجلسة السابقة. وبالرغم من أن العميل أشار إلى أن النموذج ساعده في ربط الأفكار والمشاعر معاً فإننا قد ناقشنا ذلك تفصيلاً في الجزء الخاص بصياغة المشكلة وأهداف العلاج. ويُعد استبصار العميل بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر كنتيجة للعمل مع نماذج الأفكار الآلية خارج الجلسات مكسباً علاجياً من منحي التثقيف النفسي المستخدم في سياق العلاج المعرفي السلوكي. وهو أيضاً مرحلة مبكرة من استقلال العميل بحيث يتعلم أن يعمل بشكل مستقل عن المعالج.

ويعرض المقطع السابق إتباع المعالج لجلسة نموذجية جيدة البناء، ومنظمة تنظيمياً جيداً باستخدام الأجنده.

المعالج: أنا مسرور لأنك استطعت سريعاً أن تربط بين الأفكار والمشاعر.. وهذا يعتبر جزءاً مهماً من العلاج.. حسناً. هل هناك شيء أزعجك في الجلسة السابقة.

العميل: لا شيء.

المعالج: هل هناك حدث خلال الأسبوع الماضي تريد أن نضمته في جدول أعمال اليوم؟

العميل: لا.. فقط ما قلناه عن الأشياء التي لم أستطع إنجازها الأسبوع الماضي.

المعالج: حسناً، هل نضع الواجب المنزلي الخاص بالأسبوع الماضي في جدول الأعمال أيضاً.. ونقضى بعض الوقت في النظر للمعوقات التي واجهتك في سبيل إتمامه.

العميل: نعم، هذا جيد.

المعالج: ربما نتذكر أننا اتفقنا أننا سوف نبدأ بمناقشة العمل الذي همت به خارج نطاق الجلسات أثناء الجلسة؟

العميل: نعم.. هذا جيد.

المعالج: هذا غالباً سيكون جدول أعمال اليوم.. هل تذكرت ما كنا نفعله دائماً في الجلسة أيضاً؟

العميل: افترض أننا سنقضى بعض الوقت لعمل أشياء معينة مثل النماذج التي ملأتها في الأسبوع الماضي.

المعالج: مهامك؟

العميل: نعم.. هي.

المعالج: جيد، تستطيع قضاء بعض الوقت في وضع مهام الأسبوع التالي ويمكن أن تنتهي بالنظر إلى أفكارك ومشاعرك عن هذه الجلسة. هل يمكننا أن نبدأ بمهامك؛ فقد قلت إنك لم تنتهها.

العميل: ذلك صحيح، لقد قمت بعمل ثلاثة من القوائم قبل عطلة نهاية الأسبوع، لكن بعد شجارنا الكبير شعرت حقيقة بالسوء ولم أشعر بالتحسن بعدها حتى أقوم بعمل أي شيء.

المعالج: قلت سابقاً أن النماذج الذي أخذتها معك الجلسة الماضية ساعدتك على الربط بين مشاعرك والأفكار التي أثارتها، وأريد أن أقفز إلى الأمام قليلاً. إلى كيف أن أفكارك ومشاعرك عند مشاجرتك مع "هبة" أدت بك لأن تكون غير قادر على الاستمرار في إنجاز عمالك الذي

بدايته، ووجدته مساعداً لك... وحتى هذه النقطة هل تريد أن تركز على العمل الذى أدبته أم تفضل أن تركز على الصعوبات التى واجهتك ومنعتك من أن تقوم بأداء الباقي منها.

العميل: حسن، بعد تشاجرنا لم أشعر بتحسن وقد جعل ذلك العمل مع هذه النماذج يلا معنى لذلك أفضل أن ألقى نظرة على الجزء الأول.

المعالج: قلت أنك قد أكملت ثلاثة من النماذج الخاصة بالأفكار الآلية، هل يمكن فحصها معك، هل تعتقد قبل مدة قصيرة من الوقت قبل مشاجرتك مع "هبة"... هل يمكنك إخبارى ما إذا كانت هذه النماذج وهذا العمل مناسب لنقطة مثل تلك؟

العميل: نعم. كما قلت سابقاً أنا أجده مناسباً ومساعداً فى الربط بين الأفكار والمشاعر، وقد شعرت بتقاؤل تام لكن عندما تشاجرنا انقلبت الأمور.

المعالج: عندما كنت تستخدم النموذج كجزء من المهمة التى قمت فيها بتحديد المشاعر السيئة وربطها بالأفكار أو بأفكار معينة، هل تتذكر أن النموذج طلب منك أن تحدد شئ آخر؟

العميل: (ينظر للواجب). ما الأفكار البديلة؟

المعالج: هذا أحد أجزاء النموذج عن أفكارك الآلية وأفكارك البديلة؟

العميل: نعم. أنت تعنى أخطاء التفكير.

المعالج: نعم، هذا هو، الآن أنت قلت أن العمل كان مناسباً قبل الشجار، والآن "مُحى" وأصبح غير مفيد بعدها هل يمكن أن تحدد أخطاء التفكير الموجودة هنا؟

العميل: حسناً، أعتقد أنى أفرطت فى التعميم.

المعالج: هل يمكن أن توضح ذلك لى؟

العميل: حسناً، لأننا نشاجرنا مشاجرة كبيرة، وكان ذلك مفرغاً للغاية، فهذا يعني أن كل شيء آخر يحدث سوف يتأثر وذلك ليس صحيحاً.

المعالج: إلى أي مدى تعتقد في هذا يا علي؟

العميل: حسناً، أنا أعتقد فيه كثيراً، لكن في نفس الوقت شعرت بالإحباط ولم أستطع التفكير في أي شيء آخر إلا كم كان ذلك مفرغاً.

المعالج: دعني أعطيك عائداً، قلت أنك عندما تكون على خلاف مع "هبة" كل شيء يتم معوه، لكن انظر إلى هذه الحادثة فقلقد أدركت أن المشاجرة رغم أنها محبطة لك في وقتها فلم تغير الفائدة من طريقتك الجديدة في النظر إلى مشكلتك، فلو أن لديك مشكلة شبيهة في هذا الأسبوع فهل تعتقد أنك ستنظر إليها بطريقتك الجديدة في التفكير.

العميل: (فترة سكون طويلة يتأمل فيها المعالج) ذلك يشبه أن يكون لي رأسين؛ هناك واحدة وأنا أجلس معك الآن وكما أخبرتك الآن، وهي كما أشعر من النموذج عندما أنظر للأشياء بنظرة جديدة. لكن هناك واحدة أخرى دائماً ما تكون هناك ولا يمكن إخضاعها لهذا النوع من التفكير الجديد. وهي عندما أكون في وسط الموقف.

المعالج: ذلك جيد جداً، وتلك نقطة جيدة توصلت إليها، أعتقد أنه من المهم أن أوضح أننا لا زلنا في الجلسة الثانية، وذلك سوف يستغرق وقتاً، وتدريبات لاستخدام مهارات جديدة يتم ترميتها عبر الوقت، لذلك أطلب منك أن تقوم بتدوين كل صعوباتك وكذلك استجاباتك البديلة في النموذج حتى يمكنك أن تقوم بدمج أسلوبك الجديد في التفكير في سياق حياتك اليومية.

في هذا المقطع استمر المعالج والعميل في العمل معاً خلال جلسة نموذجية جيدة التخطيط، وتم مناقشة بنود جدول الأعمال، وقد ساعد المعالج العميل في اختبار ومناقشة التفكير المشوه الذي تضمن تحديد أخطاء التفكير، وقد قرر المعالج عدم سؤال العميل عن أخطاء التفكير الكوارثي عندما قال كلمة "مروعة" ليصف الحدث. فقد وضع ملاحظة عليها لمناقشتها لاحقاً وقاد العميل إلى أن يحدد عدداً آخر من أخطاء التفكير حول هذا الحدث، وبهذه الطريقة استمر المعالج في مساعدة العميل على زيادة ألفته بالعلاج المعرفي السلوكي، وذلك يساعد العميل في التعرف على أهمية العمل خارج نطاق الجلسات، وتبصيره بأنه ليس من المقيد أو المناسب أن ننظر لنتائج العلاج بنظرة الكل أو اللاشئ. وسوف يتم استخدام تعبيراته أنه لديه رأسين كتمرين وتدريب ولحماكة مهارات جديدة تمكنه من استخدام أنماط جديدة من التفكير مع الصعوبات الحالية.

والفصل الحالي ركز على المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وانتهى بمقطع مقتبس من جلسة علاجية واقعية، يساعد على تبسيط وإيضاح هذه المفاهيم، وفي الوقت نفسه يضيء نكهة العلاج المعرفي السلوكي أثناء الممارسة الفعلية. وفي الفصول التالية سوف نعرض للعملية العلاجية بشكل أكثر تفصيلاً.

نقاط للتدريب:

- ١- علم نفسك الأسلوب المعرفي واستخدمه في حياتك اليومية حتى تتقن فهمه، وأن المعتقدات المكتسبة ويمكن تغييرها.
- ٢- استخدم النموذج أ، ب، ج لتتمكن من تذكر:
 - (أ) الحدث المثير (حدث - صورة - فكرة - ذكريات.. إلخ).
 - (ب) المعتقد (فكرة آلية، ومعتقدات وسيطة).

- (ج) النتائج (الانفعالات والسلوك، أعراض جسمية، أفكار إضافية).
- ٣- اعرف أن أخطاء التفكير مركزية فى العلاج المعرفى: لا بد وأن تعرفهم تمام المعرفة.
- ٤- استخدم مهارات الإرشاد الأساسية كأساس لممارستك للعلاج المعرفى السلوكى.
- ٥- خطط لجلسات العلاج باستخدام جدول أعمال ذى بنود محددة.
- ٦- كن على ألفة بالخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى.
- ٧- ذكر نفسك وعميلك بأهمية وجود ١٧٦ ساعة خارج الجلسات العلاجية كل أسبوع حتى تضع تدريبات تمارس خلالها العلاج المعرفى السلوكى أثناء ممارسة نشاطات الحياة اليومية

الفصل الثالث

التقييم

الفصل الثالث

التقييم Assessment

يُعد التقييم مصطلحاً ذا مدى متسع، حيث يكون الاختلاف كبيراً بين مختلف الممارسين، لأن لكل منهم فهمه الخاص، ومبادئه وممارساته التخصصية، وكذلك اختلاف خبراته التطبيقية. فمثلاً: مديرو الرعاية، والاختصاصيون الاجتماعيون، والاختصاصيون النفسيون العياديون، وأعضاء الهيئة التمريضية في الفريق العلاجي للصحة العقلية، ومجتمع التمريض الطبي النفسي، والمرشدون، والأطباء النفسيون، والمعالجون النفسيون، سيكون لدى كل منهم أدواته للتقييم التي تتفق مع مجال عملهم في الصحة العقلية. وربما يكون هناك تداخلاً بين مختلف هذه المناحي من حيث التقييم، ويكون هناك كذلك مكونات عامة وشائعة بينها جميعاً (Palmer & McMohom, ١٩٩٧) وتبعاً لهدف هذا الكتاب فسوف نركز على خمس مكونات أساسية:

- ١- ما المشكلة؟
- ٢- وهل العلاج المعرفى السلوكى ملائم للمشكلة؟
- ٣- وهل العميل ملائم للعلاج المعرفى السلوكى المختصر؟
- ٤- وما الأسس المعرفية للمشكلة: الصياغة المعرفية؟
- ٥- والقضايا عبر الثقافية، والنوع.

وعلى الرغم من أننا قد حددنا خمسة مكونات متفرقة، فمن المهم أن نذكر أنها ليست منفصلة لكنها متداخلة، كما سنوضح لاحقاً، ومنطق ذلك أننا أساساً نقيم كفاءة إطار عمل علاجي (العلاج المعرفى السلوكى) وكذلك كل من العميل / والمشكلة (انظر: Ruddell & Curmen, ١٩٩٧) وأياً كان الأمر سيكون من المناسب مبدئياً أن ننظر لكل مكون من هذه

المكونات بشكل مستقل. بالإضافة إلى مفهوم التقييم المستمر في النمو، (كما تم ذكره في الفصل الثاني).

[١] ما المشكلة؟

اعتماداً على الخلفية التي يعمل بها المعالج المعرفى السلوكى، فقد يكون العميل قد خضع للتقييم بشكل ما، والذي يختلف في مساره من عميل لآخر، ومن ممارس لآخر، فمثلاً قد يتم إجراء فحص شامل للحالة العقلية (Curwen, 1997; Lukas, 1993; Marrisen, 1995) ويتم وضع تشخيص ما اعتماداً على نظام التشخيص في دليل التشخيص الإحصائى الرابع للأمراض العقلية (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) وليس كل العملاء الذين يطلبون الإرشاد النفسى يعانون من اضطراب عقلى معروف، وبعضهم لا يكون لديهم اضطراب معروف. فعلى سبيل المثال: قد يعانى عميل ما من نقص في المهارات التوكيدية Assertion skills، وأياً كان التقييم شاملاً أم جزئياً فإن مهمة المعالج هنا هي أن يقف على مشكلة العميل، وأن يقرر ما إذا كانت كلها، أو جزء منها هو الملأئم للعلاج المعرفى السلوكى، فمثلاً: الفرد الذى يبدو مكتئباً، قد يعانى أيضاً من شعور شديد بالذنب، وقد يكون كل من المعالج والعميل قادراً على تحديد كل انفعال سلبى، وكذلك الأفكار المرتبطة به. ومن خلال العمل على نوبة انفعالية emotional episode متضمنة هذا الانفعال (فحص ومناقشة التفكير غير المساعد) قد يجد مفتاحاً لحل مشكلات العميل الانفعالية الأوسع.

ويمكن التمييز بين الاضطرابات العقلية Mental disorders (كما صيغت في الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع وبين الانفعالات السلبية غير المساعدة unhelpfull المرتبطة بها والمدركة من قبل العميل، وهذا الأخير هو ما يقوم المعالج المعرفى السلوكى والعميل بالعمل عليه كعمل أساسى وبشكل تعاونى.

وقد ذكرنا في الفصل الثاني معظم أنواع أخطاء التفكير السائد في إطار العلاج المعرفي السلوكي، وتم تلخيص هذه الأخطاء في الجدول (٣-١).

وقد حاولنا في هذا الجدول تحديد أخطاء تفكير معينة تكون أكثر شيوعاً في اضطرابات انفعالية معينة، ومن المهم أن نذكر أن هذا التحديد ليس نابعاً من خلال البحوث ولكنها يجب أن تعتبر أنها لا تعدُّ عن كونها رأياً غير رسمي، وتجدر الإشارة إلى أن فئة معينة من أخطاء التفكير التي تظهر في انفعال سلبي غير مساعد سوف تختلف من عميل لآخر.

شكل (٤)

أخطاء التفكير في المشكلات الانفعالية الشائعة

الاضطراب	القلق الهلع العصبية	الاكتئاب	الغضب	الشعور بالذنب	الأذى	الغيرة المرضية	الخجل
أخطاء التفكير							
تفكير الكل أو لا شيء	✓	✓	✓		✓		✓
الشخصنة واللوم		✓	✓	✓			✓
التفكير الكوارثي	✓	✓			✓	✓	
التبرير الانفعالي	✓	✓			✓		
تفكير يجب ولازم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
الترشيح العقلي		✓		✓		✓	✓
تجاهل الإيجابيات	✓	✓					
التعميم المفرط	✓	✓	✓				
للتطبيقية / التقليل	✓	✓			✓		
العنونة			✓	✓			✓
القفز إلى الاستنتاجات							
(أ) قراءة العقول	✓	✓	✓		✓		✓
(ب) خطأ المنجم	✓	✓				✓	✓

[ملحوظة: أياً كان، فقد وجد بلاكبيرن وأيونسون (Blackburne & Eunsun, ١٩٨٨) أن التجريد الانفعالي يرتبط بشكل أكثر تكراراً بالمزاج الاكتئابى، في حين أن القفز للناتج يرتبط أكثر بالقلق.]

[٢] هل العلاج المعرفى السلوكى مناسب للمشكلة؟

انصب عمل بيك الأسمى فى العلاج المعرفى على الاككتاب (Beck, ١٩٦٤). ويوجد كل من يرتاد المؤتمرات الحالية أن المعالجين المعرفيين يطبقون منحاهم على مدى واسع من المشكلات، مثل الوقاية من الانتكاس فى ذهان الهوس - الاككتاب، والعلاج المعرفى السلوكى للأطفال ذوى اضطرابات المسلك conduct والعلاج المعرفى السلوكى للذهان الحاد ذى البداية الحديثة، والعلاج الجدلى السلوكى كعلاج لاضطرابات الشخصية الحدية، ولكن لأنه علاج حديث نسبياً فلم يتوصل إلى نتائج حاسمة ومقنعة عن كفايته فى علاج هذا المدى الواسع من المشكلات، ونجد فى المقابل بعض المناطق الأخرى التى أحرزت نتائج جيدة وهى:

- المشكلات الزوجية Couples problems . (Baucom et al., ١٩٩٠)
- اضطرابات الأكل Eating disorders (Agras et al, ١٩٩٢; Fairburn, et al., ١٩٩١; Garner, et al., ١٩٩٢)
- اضطراب القلق العام Generalized Anxiety disorders (Bomers et al., ١٩٩٠; Miller, ١٩٨٩; Thas, et al., ١٩٩١)
- الاككتاب الأساسى Major depress disorder . (Dobron, ١٩٨٩)
- اضطرابات الهلع Panic disorders (Barlow et al., ١٩٨٩)
- سوء استخدام المخدرات Substance Abuse . (Woody, et al., ١٩٨٢)

هذه مناطق تشير إلى وجود أدلة على إيجابية نتائج العلاج المعرفى السلوكى، وذلك على الرغم من أن هذه لم تكن الحال فى بداية نشأتها، وعلى أية حال كان يتم النظر إلى المشكلات والاضطرابات النفسية التى نجح فيها العلاج المعرفى السلوكى على إنها مجرد فروض، إلى أن نجح العلاج المعرفى السلوكى فيها، وأحرز نتائج إيجابية كبيرة، فأصبح يطبق فيها الآن بفعالية، ومع مرور الزمن امتد تطبيقه فى الوقت الراهن فى مدى واسع من

المشكلات باعتباره المنحى الأفضل في الوقت الراهن لأسباب عدة مثل فعالية التكاليف *cost effectiveness*، وكبديل عن وصف الأدوية ذات الآثار الجانبية غير المرغوبة، أو ذات الطبيعة الإدمانية، وأنه يمكن استخدامه بشكل جماعي، ونظراً لمداه القصير نسبياً والمختصر مقارنة بالعلاجات النفسية الدينامية.

وعندما يطبق العلاج المعرفي السلوكي على مشكلة ما (مثل: اضطراب الهلع دون رهاب الأماكن الواسعة *panic disorder without agoraphobia*) من قبل العديد من الممارسين على عدد من العملاء، فسوف تتضح كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تعامله مع تلك المشكلة؛ فعلاج اضطرابات الهلع على سبيل المثال سيتضمن توضيح نموذج العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الهلع الذي وضعه كلارك Klark (1986؛ 1988) وسيكون ذلك متضمناً داخل الصياغة المعرفية لمشكلة العميل، والتي سيتم مناقشتها لاحقاً في سياق هذا الفصل. وعندما يتم البدء في قبول أسلوب خاص، أو منحى عام بين التخصصات المساعدة في مجال الصحة العقلية، ويكون مدعوماً ببعض البحوث، فإن مزيداً من البحوث أو دراسات التحليل البعدي قد يقدمان مستوى أعلى من التوقعات، ويوضح ذلك إثنين من الأمثلة الحديثة أولها: التدخلات النفسية المختصرة *Brief psychological intervention* لعلاج أعراض صدمة سريعة، أو الوقاية من اضطرابات ما بعد الصدمة، أصبحت شائعة، لكن نتائج بحوث التحليل البعدي قد أظهرت في الوقت الراهن (Wessely, et al., 1997) أنه لا يوجد دليل مقبول على أن الاستخلاص النفسي (Psychological debriefing) يُعد علاجاً مناسباً للوقاية من اضطرابات ما بعد الصدمة وأنه يجب أن يتوقف الاستخلاص الإلزامي لضحايا الصدمة. وثانيهما: عدد من العلاجات تسمى علاجات الطاقة *Power therapies* (Figly, 1985) ومنها: علاج المجال الفكري *Thought Field Therapy (TFT)* (Callahan, 1985) والتسكين المنظم *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*.

(EMDR) (Shapiro, 1989, 1990)، وتقليل حدوث الصدمة Trauma Incident Reduction (TIR) (Gerbade, 1988) وأساليب الحرية الانفعالية (Craig, 1997) Emotional Freedom Techniques (EFT). وقد تم تقديم ككل هذه الأساليب على أنها علاجات سريعة لاضطرابات ما بعد الصدمة، والخاوف، وقد استخدمت على مدى واسع من الاضطرابات العيادية وأياً كان، فإن هناك مقالة رائدة توضح أن تحيز (Rosen, et al., 1998) هذه الأساليب سوف يوضع تحت الاختبار المضبوط.

وسنناقش في الفقرة التالية مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر، لكن التصور المهم هو هل يستجيب العميل بشكل إيجابي لإطار عمل العلاج المقدم أم لا. وبشكل مشابه يستطيع المعالج أن يتخذ موقفاً عملياً من البداية في حالة غياب الأعراض، والأعراض المقابلة. ولو بدى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى نتائج إيجابية سريعة، والتي تبدو واضحة لكل من المعالج والعميل، فيكون ذلك هو الركيزة المنطقية التي تدفع للتقدم والاستمرار.

[٢] هل العميل مناسب لتلقي العلاج المعرفي السلوكي المختصر؟

- حدد رودل وكوروين (Ruddell & Curwen, 1997) عند دراستهم للعلاج المختصر عبر مدى من التوجهات العلاجية بدءاً من التحليل النفسي إلى المعرفي السلوكي، أربعة محركات رئيسية من هذه التوجهات المتنوعة وهي:
- ١- إمكانية التحديد الدقيق والواضح لمشكلات العميل يسمح بتحديد دقيق لبؤرة اهتمام العلاج، ويظهر إمكان حلها خلال فترة وجيزة.
 - ٢- أن الفرد يستجيب بشكل إيجابي لنمط أو نوع العلاج المقدم سواء في الاتصال الأول أو خلال الجلسة المبدئية.
 - ٣- يكون لدى الفرد فهم وداخعية كافيان للعمل داخل إطار العمل المقدم.
 - ٤- أنه لا توجد أعراض جانبية كبيرة.

وقد طُوِّرَ سافران وسيجال (Safran & Segal ١٩٩٠ أ) اختباراً لمدى الملاءمة للعلاج المعرفى قصير المدى suitability for short-term cognitive therapy ويستخدم لتقدير قدر استجابة العميل بشكل رسمي على مقياس من صفر - ٥، وهو يتكون من عشرة بنود حيث تشير الدرجة (صفر) إلى الأقل، والدرجة (٥) إلى الأكثر ملاءمة للعلاج المعرفى قصير المدى. وستقدم البنود لاحقاً مع توضيح مختصر.

وقد استخدمنا أمثلة مأخوذة من الجلسات العلاجية مع "على" في الفصل الثاني، كأمثلة إضافية في جلستنا العلاجية الأولى مع توضيح كيف أن المعلومات المأخوذة من العميل تستخدم لدعم تقدير معين لكل بند من البنود العشرة. وقد قدم سافران وسيجال (١٩٩٠ ب) دليلاً إرشادياً مختصراً لمقابلة تحدد مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفى قصير المدى suitability for short-term cognitive therapy interview. وقد اقترحا أن المقابلة التي تحدد قدر ملاءمة العميل للعلاج المعرفى قصير المدى يمكن أن تستغرق ساعة على الأقل وتركز على ثلاثة نقاط مهمة:

أولاً: من المهم أن يكون لدى القائم بالمقابلة بعض المعلومات التاريخية، ومعلومات عن الأحداث، ومعلومات تشخيصية عن العميل في بداية المقابلة.

ثانياً: أن التحسن والتحسين التدريجى يستخدم لحث العميل "على البوح مهما كانت قدرات العلاج وإمكاناته النفسية".

ثالثاً: لا يكون المعالج ملزماً بالضى بشكل آلى في البنود العشرة بشكل متسلسل، ولكن يتم تشجيعه على التحرك بحرية بينها، ومن ثم قد ينتج عن بعض التقدم الحصول على مزيد من المعلومات المترابطة.

شكل (٥)

استخبار تقدير مدى ملائمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر

مقياس التقدير (صفر - ٥)	مدى ملائمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر	البنء
	إمكان الوصول للأفكار الألية.	١
	الوعي بالانفعالات وتمييزها.	٢
	قبول المسؤولية الشخصية عن التغيير الإيجابي.	٣
	التوافق مع المنطق المعرفي.	٤
	الاستعداد للتعاون (من خلال مؤشرات الجلسة).	٥
	الاستعداد للتعاون (خارج الجلسة).	٦
	الإيمان في مقابل تحدة	٧
	عنفيات الأمن.	٨
	البورية.	٩
	التداول العام / التشاوم بشأن العلاج.	١٠
	المجموع	

١ - إمكانية الوصول للأفكار الألية:

تم وصف الأفكار الألية في سياق الفصل الثاني، وقد صنم هذا البنء لتقييم وقءرة العميل على تحببء الأفكار الألية وكتابتها بمءرد أن يتم تبسبؤها ووصفها عن طربق المعالج. وفي الجلسة الأولى مع "على" وبعء قابل من المعالج تمكء من تحببء الفكرة الألية "ءائمأ أقوم بعمل أشياء خاطئة"، ولقد ذكرنا أنه يتم تقديم الاستحسان بشكل متتالى، لءلك تكون لءى العميل الفرصة المثلئ للءوافق مع الأسلوب العلاجئ أياً كان، وذلك عنءما يكون الأسلوب مستوعبأ لقءراته. ولو لم يكن "على" قد حدد الفكرة الألية بهذه الطربقة فسوف يُبعء بشكل ما أكثر وأكثر. فمءثلاً: يمكن سؤاله "ماذا يدور في عقلك في هذا الموقف؟" ولو فشل هذا العء فهممكن أن نطلب منه "هل يمكنك أن تصور نفسك في ذلك الموقف الآن؟" ولو فشل ذلك فقد يقوم المعالج بتشجيع "على" على أن يركز على الأفكار المرتبطة بالانفعالات الئى خبرها بالفعل خلال الجلسة. وفي بعض الخبرات الانفعالية الشببءة،

خاصة عندما يكون الغضب مكوناً مضمناً فيها يكون لدى العميل صعوبة في تحديد أفكاره الآلية. ويعطى البند هنا ٤ درجات.

٢ - الوعى بالانفعالات وتمييزها:

ويمثل هذا البند قدرة العميل على تقييم هذه الانفعالات، وكيف يكون قادراً على التمييز بين مختلف الانفعالات التي خبرها. وقد كان لدى "على" وعياً جيداً بانفعالاته وكان مستعداً للتمييز بين الشعور "بالانهباط" والشعور بأنه "مذنب" والشعور "بالغضب". ومن المهم التأكيد أنه بالرغم من أن العميل قد لا يستخدم مصطلحات المعالج نفسها مثل "الهبوط في المزاج" أو "الاكتئاب" فذلك لا يشير بالضرورة إلى عجزه عن التمييز بين الانفعالات. وفي المقابل فبالرغم من أن المعالج يجعل العميل على ألفة بلغة الانفعالات المستخدمة في العلاج فعلى المعالج أن يفحص معاني الكلمات، والجمل المستخدمة من قبل العميل. وهذه قضية مهمة بشكل خاص في الإرشاد عبر الحضارى Transcultural counselling (انظر: ١٩٩٧، Ruddell). وفي هذه الحالة يعطى البند الدرجة القصوى (٥).

٣ - قبول المسئولية الشخصية:

وأحد التصورات والمفاهيم المهمة للعلاج، هو التطرق إلى ما إذا كان الفرد مدركاً لدوره في خلق الصعوبات الانفعالية التي يخبرها، وياتباع تدخل مبكر من التعليم النفسى psychoeducation، دُونَ "على" "كان من المريح أن أستطيع أن أفعل شيئاً ما فيما يتعلق بمشكلاتي.. وأن أكتشف أن الطريقة التي أفكر بها في الأشياء يمكن أن تجعل مشكلاتي أسوأ ومن ثم لو بدأت التفكير في الأشياء بأسلوب مختلف فيمكن أن أبدأ في الشعور بتحسن أكثر". وبالرغم من أن "على" لديه بعض الوعى والقبول لمسئوليته الذاتية عن مشكلاته،

فلا زال يعزو جزءاً منها لعوامل خارجية مثل شريكته، ولهذه الأسباب فيعطى درجة (٢) على هذا البند.

٤ - التوافق مع المنطق المعرفي:

تم شرح المنطق المعرفي في الفصل الثاني؛ وربما يكون أول تقديم يقوم به للعميل له يكون تقديماً مختصراً، ويختلف العملاء في هذه النقطة بشكل واسع من قدر ونطاق ما يعرفونه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر. وبشكل مساوٍ في الأهمية، تبرز الحاجة المناسبة لأن يتناول العميل هذه المشكلات ويعالجها خارج جلسات العلاج وذلك بإكمال واجباته ومهامه المنزلية. ويوضح الاستنتاج السابق أن "على" يدرك مدى ملاءمة المنطق المعرفي له، وعلى الرغم من أنه مر ببعض الصعوبات في إكمال مهامه المنزلية، إلا أنه يدرك الحاجة إليها، وأن إخفاقه في أدائها كان ناتجاً ليس عن عدم توافقه مع المنطق المعرفي، لكن عن طريق نمط التفكير غير المساعد الذي تبناه، ودرجته على هذا البند (٥).

٥ - الاستعداد للتعاون داخل الجلسة:

يتعلق هذا البند بقدرة العميل على إقامة علاقة عمل مع المعالج داخل حدود حجرة العلاج، وهذا التصور ناقشناه بشكل أكثر شمولاً في الفصل الثاني، حيث أكدنا كذلك لأهمية الدور الذي يؤديه المعالج ليسهل عمل ذلك. في الجملة الأولى مع "على" انضح للمعالج سريعاً أنه كان ميالاً لتفسير بعض جمل المعالج على أنها نقد شخصي، وهذه هي مهارة المعالج في اكتشاف ذلك خلال الجلسة حيث يساعد ذلك على وجود مزيد من التعاون لاحقاً. وكانت درجة "على" على هذا البند (٢.٥).

٦- الاستعداد للتعاون خارج الجلسة:

صُمم هذا البند لاكتشاف قدرة العميل على إقامة علاقة إيجابية بشكل عام. وأحد المشكلات الرئيسية التي قادت "على" للعلاج هي صعوبة إقامة علاقات حميمة مستمرة، وأفكاره حول ذلك قادتته إلى الاكتئاب، وعلاقته مع "هبة" كانت مضطربة، وأدى هذا العامل إلى درجة منخفضة على هذا البند (٢).

٧- إزمان المشكلات:

يعتبر طول الفترة التي مرت على الفرد عند مواجهته مشكلة ما عاملاً حاسماً ومهماً في تقرير ما إذا كانت مشكلته مناسبة للعلاج المعرفى السلوكى المختصر أم لا، وذلك يحدث توازناً مقابل الأبعاد الأخرى في المقياس. وهناك تصور آخر لهذا البند وهو أن فرداً ما ربما يكون لديه مشكلة ذات امتداد طويل الأمد، حيث لا يعتبر العلاج المعرفى السلوكى المختصر مناسباً لها في هذه الحالة، لكن ربما يحضر مع مشكلة إضافية ذات بداية حديثة وهنا يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر مناسباً لها. والمداخلة السابقة أشارت إلى أن صعوبات "على" كانت مزمنة نسبياً، لكن النوبة الحديثة من الاكتئاب ذات مسار وامتداد أقل (حوالي خمسة شهور) الأمر الذي جعل "على" يحصل على درجة عالية نسبياً (٤) على هذا البند.

٨- عمليات الأمان:

يقيس هذا البند المدى الذى يبديه العميل من إمكانية اشتراكه في سلوكيات معينة مثل التجنب أو التحاشى Avoidance، أو الإفراط Excesses الذى يخدم شعوره بالأمان لكنه يكون ذا نتائج عكسية سواء بالنسبة لكفاءتهم الشخصية أو بالنسبة للعملية العلاجية، وكان "على" بشكل عام متجنباً من عمليات الأمان بشكل استثنائى، حيث أنه نهطاً عن العلاقات

الانتهزاسية عند ظهور الصعوبات، واعتقد المعالج أن هناك احتمالاً ضعيفاً أن "على" ربما ينغمس في العلاج ويخضع له بطريقة مشابهة عندما تصبح العملية العلاجية شديدة الصعوبة بالنسبة له. وقد حصل على درجة (٤) على هذا البند. وقام المعالج بعمل ملاحظات عقلية حتى يكون واعياً بكل الصعوبات قبل ظهورها بشكل تام، لذا يجب أن يتم اتخاذ إجراء إيجابي لمنع الإنهاء غير الكامل للعلاج premature termination of therapy .

٩- البؤرية أو التركيز الشديد Focality:

ويقاس هذا البند قدرة العميل على البقاء مركزاً على مشكلة معينة. وقد كان لدى "على" قدرة كبيرة على التركيز على النقطة المركزية central point التي يتم مناقشتها في الجلسة. وحصل على درجة (٥) في هذا البند.

١٠- تفاؤل أو تشاؤم العميل من العلاج:

إن المدى الذي يعتقد فيه العميل ويقتنع بتوقع معين من العلاجات سيكون فعالاً في مساعدته في حل مشكلاته. وذلك يُعد عاملاً مهماً في تقرير ما إذا كان العلاج قصير المدى (أو العلاج بشكل عام) مناسباً أم لا. وقد حصل "على" على درجة عالية مجدداً على هذا البند وهي (٥) فقد أظهر مستوى مرتفعاً من التفاؤل بشأن العلاج المعرفي السلوكي. وقد حصل "على" على درجة كلية على مقياس ساهران وسيجال للملاءمة أسلوب العلاج المعرفي السلوكي قدرها ٤.٥ درجة، وذلك يشير إلى أن "على" كان ملائماً تماماً للعلاج المعرفي السلوكي المختصر.

[٤] ما الأفكار المثيرة للمشكلة: الصياغة المعرفية؟

أحد المهام الرئيسية للمعالج المعرفي السلوكي هي أن يفهم مشكلات العميل ويصنيفها بمصطلحات معرفية (Person, ١٩٨٩)، ويعني ذلك التعرف على

أفكار العميل الآلية، والمعتقدات المعوّقة المثيرة لها underlying unhelpfull beliefs ومن أين نشأت؟ ويحدد المعالج نمط التفكير الحالي الذي يرتبط بها ويساعد في استمرارها كسلوكيات مشكّلة، وكذلك يحدد الانفعالات، والجوانب الفسيولوجية، والمعارف cognitions. ونحن نُضمن الصور imagery داخل المعارف. ومن المناسب في هذا السياق أن نذكر أن بعض الممارسين يفضلون النظر إلى الصور الذهنية على إنها أداة منفصلة (Lazarus, ١٩٨١). وقد بحث "لازاروس" أيضاً دور العوامل المهیئة precipitating التي ترتبط بالمشكلة الراهنة، وتدعم المعتقدات المعوّقة للدفاع عن الذات، وكذلك التفسيرات المعوّقة لأحداث ارتقائية عظمى. ويتميز العلاج المعرفي السلوكي عن العلاجات الأخرى مثل التحليل النفسي بتركيزه على الحاضر، والماضي القريب جداً، وأياً كان، فمن المسلم به أن التفكير المعوق تم تميمته عبر الوقت. لذلك فالصياغة المعرفية لمشكلة العميل cognitive conceptualization تتضمن الارتقاء المبكر للمعتقدات المعوّقة، وكذلك العوامل المرسبة، والعوامل الحافزة لظهور التعميمات المعوّقة المثيرة المبطنة من خلال واحد أو أكثر من الأحداث الحاسمة. وهذه الصياغة المعرفية تم عرضها في شكل (٦) وهي مفتاح مشكلات العميل ويجب أن يكون لها القدرة على توضيح مدى امتداد مشكلات وعمقها وصعوبات العميل بشكل تام ومتسق.

وباستخدام التفهم أو التواد empathy سيكون المعالج قادراً على استخدام الصياغة المعرفية لفهم مشكلة العميل حيث يشعر بأنه . المعالج . كان في المواقف الحياتية نفسها، وخبر الأفكار والمعتقدات نفسها مثل العميل. وسيكون كذلك خبيراً بالإحباط الانفعالي بنمط واتجاه مشابه. وهي نقطة مهمة يجب أن يهتم بها العلاج المعرفي السلوكي المختصر. وربما تكون الصياغة المعرفية عبارة عن خريطة ترسم الترتيب الانفعالي وقد يكون من المناسب إطلاع العميل عليها. وعندما يكون الوقت مناسباً، فإن التعليم النفسي psychoeducation يكون مساعداً في دفعه عن العيب وقضومه.

الحاضر	الماضي
عوامل مستمرة (مواقف حالية)	العوامل المهيمنة (الخبرات المبكرة)
المعارف (الأفكار الآلية السلبية)	تشكيل الافتراضات والمعتقدات المحورية
انفعالات سلوك	العوامل المفجرة (حوادث حاسمة)
جوانب فسيولوجية	تنشيط المعتقدات المحورية والوسيلة

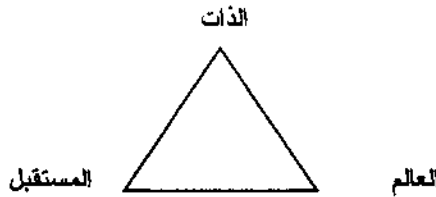
شكل (٦) مكونات الصياغة المعرفية

وسوف نصف مشكلة "على" كما عرضناها من خلال هذه الصياغة المعرفية. ولأن العلاج المعرفي السلوكي يركز بشكل أساسي على الحاضر والماضي القريب جداً فسيكون ملائماً لصياغة مشكلات "على"، حيث أن خطاب التحويل الخاص به أشار إلى أنه يعاني من الاكتئاب منذ حوالي خمسة شهور، وأن استجابته لمضادات الاكتئاب ضعيفة. وفي موقف "على" الراهن ظهرت مشكلتان رئيسيتان هما: الاكتئاب، وصعوبات إقامة علاقات حميمة مستمرة. وكان بعض العوامل المستمرة كالتالي: أفكاره الآلية السلبية بشكل عام والتي شملت التعميم المفرط، وتقليل أهمية الإيجابيات، وتفكير الكل أو اللاشئ، والشخصنة، (كل شئ سوف ينتهي)، (سوف أنهى هذه العلاقة)، (أنا بلا فائدة) لأن "هبة" (تطلب مزيداً من التعهدات لشعورها بالأسف نحوي) وهذه الأفكار متسقة مع المثلث المعرفي cognitive triad الذي وصفه بيك (١٩٦٧) حيث أشار إلى أن محتوى تفكير الشخص المكتئب يتسم بأفكار سلبية عن الذات والمستقبل والعالم، شكل (٧) وكانت أفكار "على"

أفكار العميل الآلية، والمعتقدات المعوّقة المثيرة لها underlying unhelpful beliefs ومن أين نشأت؟ ويحدد المعالج نمط التفكير الحالي الذي يرتبط بها ويساعد في استمرارها كسلوكيات مشكلة، وكذلك يحدد الانفعالات، والجوانب النفسية، والمعارف cognitions. ونحن نضمن الصور imagery داخل المعارف. ومن المناسب في هذا السياق أن نذكر أن بعض الممارسين يفضلون النظر إلى الصور الذهنية على إنها أداة منفصلة (Lazarus, 1981). وقد بحث "لازاروس" أيضاً دور العوامل المهينة precipitating التي ترتبط بالمشكلة الراهنة، وتدعم المعتقدات المعوّقة للدفاع عن الذات، وكذلك التفسيرات المعوّقة لأحداث ارتقائية عظمى. ويتميز العلاج المعرفى السلوكى عن العلاجات الأخرى مثل التحليل النفسى بتركيزه على الحاضر، والماضى القريب جداً، وأياً كان، فمن المسلم به أن التفكير المعوق تم تميمته عبر الوقت. لذلك فالصياغة المعرفية لمشكلة العميل cognitive conceptualization تتضمن الارتقاء المبكر للمعتقدات المعوّقة، وكذلك العوامل المرسبة، والعوامل الحافزة لظهور التعميمات المعوّقة المثيرة المبطنة من خلال واحد أو أكثر من الأحداث الحاسمة. وهذه الصياغة المعرفية تم عرضها في شكل (٦) وهى مفتاح مشكلات العميل ويجب أن يكون لها القدرة على توضيح مدى امتداد مشكلات وعمقها وصعوبات العميل بشكل تام ومتسق.

وباستخدام التفهم أو التواد empathy سيكون المعالج قادراً على استخدام الصياغة المعرفية لفهم مشكلة العميل حيث يشعر بأنه . المعالج - كان في المواقف الحياتية نفسها، وخبر الأفكار والمعتقدات نفسها مثل العميل. وسيكون كذلك خبيراً بالإحباط الانفعالى بنمط واتجاه مشابه. وهى نقطة مهمة يجب أن يهتم بها العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وربما تكون الصياغة المعرفية عبارة عن خريطة ترسم الترتيب الانفعالى وقد يكون من المناسب إطلاع العميل عليها. وعندما يكون الوقت مناسباً، فإن التعليم النفسى psychoeducation يكون مساعداً في رفع وعى العميل وفهمه.

الآلية السلبية مرتبطة بعوامل مستمرة، مثل مزاجه المنهبط معظم الوقت مع فترات من اليأس والقنوط والغضب ويبدو من سلوكه الملاحظ أنه غير نشط، وتتقصه الدافعية، باكياً، مع انفجار لفظي مصحوباً بانعزال وانسحاب، وبعض الصعوبات الفسيولوجية مثل فقد الشهية، واضطرابات النوم (الاستيقاظ في الصباح الباكر).



شكل (٧) المثلث المعرفي

والعامل المفجر الرئيسي الذي أدى إلى ظهور النوبة الحالية من الاكتئاب كان أن "هبة" أرادت تعاوناً أكثر من "على" وكانا شركاء في خصائصهما الأساسية وأرادت هي أن يستمر في التقدم والحياة معاً. وبينما فجر هذا الحدث الحاسم النوبة الحديثة من الاكتئاب، فقد تعاضمت من خلال حدث ما في المراهقة والذي رسب الاكتئاب وفجره للمرة الأولى لدى "على" حيث تركته صديقته فجأة. ومن العوامل المهيئة الأكثر دلالة على صعوبات "على" الراهنة أن والدته غالباً ما تغيب عن المنزل لفترات طويلة وكان والده متبلد الوجدان ويبالغ في النقد على الرغم من أنه يمد "على" بكل احتياجاته.

الارتقاء الشخصي العوامل المرسبة (الخبرات المبكرة) الأم غالباً غير موجودة وغائبة عدم فعالية الأب وتبلد الوجدان والنقد المبالغ فيه	الارتقاء المعرفي تتشكل الافتراضات والمعتقدات المحورية "هناك شيء ما خطأ يحدث معي" "لا أحد يريدني" "أنا لا أفعل أي شيء بشكل صحيح" "أنا ليس كفاء بدرجة كافية"
العوامل المرسبة (أحداث حاسمة) انتهت العلاقة السابقة على نحو مفاجئ (ماضي) مطلوب من "على" تعهدات كبيرة "ماضي قريب"	تنشيط المعتقدات الوسيطة والمحورية وغير معروفة في هذه المرحلة.

العوامل المستمرة (المواقف الراسخة) نوبات من الاكتئاب صعوبة إقامة علاقة حميمة مستمرة	الأفكار الآلية السلبية التقييم الزائد، عدم النظر للإيجابيات، "كل شيء يخرج من يدي"
— الانفعالات: الاكتئاب والاضطراب، — السلوك: عدم القناعة، نفس الدفاعية، الكفاء، الانفجار، الانزوال، الانسحاب — الجوانب الفسيولوجية: فقد الشهية، اضطراب النوم.	تكرار النكل أو اللاتسي "لا بد وأن أقطع هذه العلاقة" الندمية أنا بلا فائدة تطلب مني تعهدات لأنها ليست مني"

شكل (A) قائمة الصياغة المعرفية لمشكلة "على" Cognitive conceptualization chart

[5] القضايا عبر الثقافية وقضايا النوع:

تعد قضايا الإرشاد التي تختلف من ثقافة لأخرى، ومن جنس لآخر، جانباً مهماً في العلاج والإرشاد وليست خاصة فقط بالعلاج المختصر، عدا فقط أن مدى الوقت يفرض ضغطاً إضافياً على عملية الارتقاء بالعلاقة العلاجية. وسنناقش ذلك تفصيلاً وسنلقى الضوء على بعض العوامل الرئيسية التي تشير إلى مزيد من طرق العمل في هذه المنطقة. والصعوبات الأساسية تتلخص في فهم العميل داخلياً على مستوى أكثر عمقاً، وطبيعة التواصل بين المرشد والعميل (على المستوى اللفظي وغير اللفظي)، وكذلك إحداث توازن في القوى داخل العلاقة العلاجية.

وقد ذكرنا في سياق الفصل الثاني عناصر أساسية حددها "تروكس وكاركوف (Truax & Carkhuff) (1976)، وهي جوهرية وأساسية للمرشد عندما يعمل ويتدمج في العلاج الفعال. وهي التفهم الواضح، بأن يكون مع العميل، وأن يفهم ويقف على معاني العميل، ويتواصل بتفهم، والقبول الإيجابي غير المشروط، ولو كان المرشد عاجز عن التواصل بشكل فعال مع العميل، فسيواجه صعوبة في توضيح أي مفهوم من هذه المفاهيم، ودائماً ما يتضمن التواصل نظام اللغة العام، والمعاني الشائعة. وعند اختلاف ثقافة العميل عن المعالج، فقد يؤدي ذلك إلى إعاقة التواصل بشكل أكثر عمقاً. ولإفهام العميل يجب أن يكون معروفاً تماماً أن احتمال عدم التوازن في القوى بين المعالج

العميل قد يؤدي إلى تعاضم مشكلات التواصل عبر الثقافي، والمرشد النشط ككفاء هو الذي يسمى للبحث عن إطار عام للعمل داخل كل الثقافات وغير تحيز لثقافة محددة (Lanner & Sondberg, ١٩٩٥)، ومن المهم للمرشد أن يعرف من صعوبات التواصل اللغوي أو صعوبات اللغة سوف تعوق التواصل العلاجي الجيد، وكذلك الحال بالنسبة للاختلافات الأخرى التي تشمل لغة الجسم، نظام المعاني السائد في ثقافة ما وكذلك النوع. وكلها تمثل تحديات إضافية (Palmer, ١٩٩٩).

والمشغل بالعلاج المختصر سيكون فعالاً ونشطاً بشكل خاص لكنه في الوقت نفسه سيكون حساساً للحاجة إلى الوعي بالاختلافات الثقافية، أما فيما يخص العميل فإنه سوف يتم تقبله، ويكون واعياً بأن لديه تحيزاً لمجتمعه ثقافته (Cultural empathy: Ridley, ١٩٩٥).

وقد ناقش رودل Ruddle (١٩٩٧) الصعوبات الخاصة بالتقييم الطبي بنفسه عبر مختلف الثقافات، وقد دون راک Rack (١٩٨٢) على سبيل المثال قدر من التفصيل الجيد بعض المشكلات التي تظهر وتتدخل في تشخيص الاضطرابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والهوس، والفصام، والبارانويا، الهستيريا لدى أفراد ليسوا من الثقافة الأمريكية أو الأوروبية البيض بواسطة شخص ما أياً كان فالعلامات والأعراض المرضية غالباً ما تحمل معاني خاصة بكل الثقافة، وأوضح أن استخدام أدوات الفحص الطبي النفسي المقتنة عبر مختلف الثقافات في حاجة للنقاش والمراجعة (Maccarthy, ١٩٩٨).

ركزنا في الفصل الراهن على مفاهيم التقييم من منظور العلاج المختصر، وسعينا إلى توضيح مناطق معينة ربما يكون فيها العلاج المعرفي سلوكي هو الخيار المناسب لعميل أو مشكلة ما. في حين أنه لا يكون خياراً مناسباً لعميل أو مشكلة ما، وذلك لا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي غير مناسب أو أن كل المشاركين قد يكونوا قادرين على تلقي أي علاج. وأياً

كان فعندما يكون أسلوب العلاج الذي يقدمه المعالج غير مناسب لعميل أو مشكلة ما حالية (مثلاً: حيث تبدو الاختلافات الثقافية من العظم وبحيث يتكون من الصعوبة على المعالج فهمها واستيعابها، أو معرفة مشكلة العميل في إطارها، أو أن العميل يظل معتقداً أو مقتنعاً بعدم جدوى العلاج)، فهنا سيجتاج المعالج إلى أن يقرر تحويل العميل إلى مصدر آخر للمساعدة وتلقى العلاج المناسب له (Ruddell & Curcen, ١٩٩٧) وقد تم مناقشة التقييم بسياقه الأوسع والأكثر شمولاً في سياق تقييم العميل (Palmer & McMahan, ١٩٩٧).

الفصل الرابع

مرحلة بداية العلاج

الفصل الرابع مرحلة بداية العلاج

Beginning Stage of Therapy

يمكن أن يبدأ العلاج أثناء مرحلة التقييم، اعتماداً على نمط مشكلات العميل وأعدادها، ويُعد ذلك أمراً شائعاً في إطار العلاج المختصر. وقد ذكرنا في الفصل الثاني أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر هو علاج موجه نحو هدف، وبناءً على ذلك يتم تحديد أهداف العميل من العلاج بشكل تعاوني collaboratively. وسنوضح في هذا الفصل والفصلين التاليين، أن المعالج أيضاً لديه أهداف ينشدها لكي يجعل العلاج مفيداً إلى أقصى مدى ممكن. وتتغير هذه الأهداف عبر مسار العلاج، ويمكن أن يقسم العلاج إلى ثلاثة مراحل: بداية، ووسط، ونهاية العلاج. وستبقى هذه الأهداف في ذهن المعالج وستتشكل على أساسها وبشكل قوى مسار العلاج. وقد أشرنا كذلك إلى أن الأداة المفتاح في العلاج المعرفي السلوكي المختصر هو الصياغة المعرفية لمشكلة (أو مشكلات) العميل، ويتعامل العلاج المعرفي السلوكي المختصر مع أهداف المعالج والصياغة المعرفية بشكل تبادلي، وهما معاً، وعلى نطاق واسع يحددان مسار العلاج بشكل متناغم مع الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفي السلوكي التي ذكرناها في سياق الفصل الثاني.

أهداف المعالج Therapist's Goals:

مرحلة بداية العلاج:

تحدد في شكل (٩) الأهداف العامة للمعالج خلال المرحلة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ويمكن للمعالج أن يستخدم هذه الأهداف كقائمة فحص بين الجلسات ليساعد في أن يكون العلاج أكثر تركيزاً، وعلى الرغم من أن بنود هذه القائمة كانت مرتبة، فإننا لا نغني أن تكون

الأهداف أو البنود في أعلى القائمة لها الأسبقية على تلك التي في أسفلها، فنحن لا نفترض أن هذا الترتيب ترتيباً تقليدياً، فعند مراجعة استخبار تقدير الملاءمة للعلاج قصير المدى (Safran & Seagal, 1990 a, b) في الفصل الثالث، ذكرنا أنه قد يكون هناك بند أو بندان تم تناولهما في مقطع واحد من الحوار (مع العميل). وعلى نحو مشابه فيمكن تحقيق واحد، أو اثنين من أهداف المعالج بشكل متوازي، وعلى سبيل المثال، عند مساعدة العميل في تنمية شعور متفائل عن العلاج المعرفي السلوكي المختصر، فالمعالج أيضاً يمكن أن يعمل على تنمية علاقة تعاونية علاجية مستمرة وثابتة. وعلى الرغم من أن القائمة تبدو للوهلة الأولى طويلة، فإنه يمكن اختصار عدد من مكوناتها بسهولة واختزالها في قائمة أقصر من العناوين، وبمجرد أن يستوعبها المعالج المتمرس بشكل تام ومتكامل من خلال ممارسته وبعد مراجعة بنود القائمة ومكوناتها يتم تقديم النسخة الأقصر منها.

- ١- طور الصياغة المعرفية (تكوين المفهوم المعرفي) لمشكلة أو مشكلات العميل.
- ٢- طور العلاقة العلاجية التعاونية واستمرارها.
- ٣- زود العميل بعلومات عن اضطرابه، وساعده في تقليل كربه النفسي من خلال التعليم النفسي.
- ٤- ساعد العميل في التمييز بين مختلف الانفعالات.
- ٥- اشرح للعميل النموذج المعرفي.
- ٦- ساعد العميل في تحديد أفكاره الآلية.
- ٧- ساعد العميل في ربط أفكاره الآلية بالانفعالات، والسلوكيات.
- ٨- ساعد العميل في أن يعرف مدى مسئوليته عن التغيير.

- ٩- (ابدأ) فى مساعدة العميل على فحص ومناقشة أفكاره الآلية، وأن ينمى بدائل مساعدة وأكثر إيجابية.
- ١٠- ساعد العميل فى تنمية شعور بالتفاؤل عن العلاج المعرفى السلوكى المختصر.
- ١١- اختبر شكوك العميل حول العلاج، وساعده على تبديل، أو تغيير أى تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسى.
- ١٢- اكتشف ماذا يأمل ويتمنى العميل أن يحقق من خلال العلاج، وقبول أهداف العميل والمواقفة عليها بشكل تعاونى (البؤرية).
- ١٣- عملية الأمان: حدد وثبت نطاق اشترك العميل فى سلوكيات من شأنها أن تخفف وقتياً، أو تُمكن من تحاشى المشكلات لكنها قد تكون ضد العلاج.

شكل (٩) قائمة فحص أهداف المعالج: مرحلة بداية العلاج

١- طور الصياغة المعرفية لمشكلة العميل:

نشير فى بداية هذا الفصل إلى أن الصياغة المعرفية هى عامل أولى مرشد وموجه لمسار العلاج، لكن من المستحيل تقريباً أن نؤكد ذلك حالياً بقوة كافية. وعلى الرغم من أن الصياغة المعرفية ربما يتم تنميتها عبر الوقت، فإن عدم اكتمالها، وعدم ثباتها، غالباً ما يكون أحد العوامل الرئيسية فى منع العلاج من أن يكون مختصراً قدر الإمكان. وقد تم مناقشة الصياغة المعرفية فى الفصل الثالث وقد أوصينا فى هذا السياق بأن تقدم للعميل فى مرحلة مبكرة من العلاج، وفى الوقت المناسب لذلك، حيث يكون العميل قادراً على أن يقيم مدى مطابقتها لمشكلته. ومن المفضل أيضاً أن نكتب الصياغة المعرفية لمشكلة المريض على سبورة بيضاء أثناء الجلسة العلاجية. وعندما لا

الأفضل أن يتم مناقشتها بشكل مفتوح، ويتم تغيير الصياغة إذا كان ذلك ضرورياً. وتسمح السبورة البيضاء بعمل بدائل التغيير في الصياغة على نحو أسهل. وعندما يبدو العميل غير مقتنعاً بالصياغة، أو يراها أنها ليست تفسيراً قوياً وجيداً لمشكلاته، أو حتى بعد المناقشة المفتوحة تبدو غير مضبوطة. في كل هذه الحالات يكون العميل لديه شكوكاً في العلاج ولا يعتمد فيه كلياً وأنه غير مساعد في حل مشكلاته، ويُؤمل أن يتم التعرف على هذا الاتجاه في مرحلة التقييم للعلاج المختصر (ولكنه أيضاً تم طرحه في البند رقم ١١ من القائمة).

٢ - تنمية علاقة علاجية تعاونية مستمرة:

ناقش البند الثالث من الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفي السلوكي في الفصل الثاني هذا التصور المهم من العلاج، فإن تثبيت العلاقة يُعد أساسياً لنجاح العلاج؛ وهو يناظر إعداد التربة وتجهيزها حتى ينمو العشب بشكل جيد. وقد تم الإشارة سابقاً إلى أن العلاقة العلاجية هي علاقة تعاونية في سياق العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام وفي العلاج المعرفي السلوكي المختصر بشكل خاص، وكذلك مطلوب نوع من التوازن الجيد بين استمرارية هذه العلاقة وإمكان استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي بسرعة ملائمة. ويجب كذلك تحقيق توازن مشابه بين بقاء استمرار العلاقة التعاونية، والالتزام باستخدام تدخلات عيادية مختصرة نسبياً. وفي العلاج المختصر يكون كل ما يقوله المعالج ذي دلالة علاجية عالية عند اختبار وفحص ومناقشة صدق الأفكار الآلية السلبية، والتمييز بين الانفعالات، أو تخفيف الكرب النفسي لدى العميل. وفي كثير من الحالات قد تكون كلمة واحدة دافعة للعميل للأمام في الجلسة بدون الحاجة إلى حوار إضافي ممتد من المعالج (انظر الاقتصاد اللفظي في الفصل السابع)، ويعطى المعالج عائداً إيجابياً للعميل في كل فرصة متاحة حتى على التقدم البسيط من قبل العميل.

وذكرنا كذلك أن العلاج المعرفى السلوكى يتبنى أسلوباً علاجياً مباشراً، وأياً كان فإن الصفة الأساسية، وعلامة المعالج الجيد، هي أن يُفعل هذا الأسلوب من خلال العلاقة التعاونية، والالتقاء هذه العلاقة إلى عملية استبدادية autocratic أو سلطوية authoritarian، ويكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر كفاءة لو كانت العلاقة فى إطاره علاقة ثنائية تعاونية بين المعالج والعميل فى حلها للمشكلات. ولقد راجع إمليكامب Emmelkamp (١٩٩٤) عدداً من البحوث عن العلاجات المتعددة لمخاوف محددة، وافترضت هذه البحوث أنه عندما تكون المخاوف محددة تحديداً دقيقاً فإن العلاج بالتعرض الواقعى المقيد القصير circumscribed brief in vivo exposure treatment يكون مفيداً. وأياً كان الأمر فلو دفع المعالج فى هذا الاتجاه ضد رغبة العميل، على سبيل المثال، لو تعرض عميل لديه خوف من العناكب archnophobia بدون إعداد وتجهيز ودعم مناسب فسيكون العلاج غير فعال.

٣- تعريف العميل باضطرابه وتخفيف ضيقه عن طريق التعلم النفسى:

أكدنا فى الفصل الثانى أن العلاج المعرفى السلوكى هو علاجاً تعليمياً، يركز أساساً على التعليم النفسى psychoeducatin بمعنى أن النموذج المعرفى cognitive model وعملية التغير process of change يتم تقديمهما معاً للعميل. وينصب التركيز فى هذا الجزء على تعليم العميل كل شئ عن اضطرابه خاصة عندما تؤدي أفكار ومعتقدات العميل حول اضطرابه إلى معاناته من الكرب النفسى. وقد ذكر "إليس" Ellis (١٩٦٢) إننا نزعج أنفسنا من اضطراباتنا، فعلى سبيل المثال، فالفرد ربما يكون قلقاً من أن يكون قلقاً، أو يفكرون أن مشكلة القلق تؤدي إلى فقدانهم جزءاً من حياتهم، فالفرد يمكن أن يكون مكتئباً من كونه قلقاً. ويظهر العديد من المتصاحبات: الشعور بالذنب من كونه مكتئباً، والخجل من كونه غيوراً، وقائمة لا تنتهى من هذه المتصاحبات، وبالإضافة إلى هذه المرتبة الثانية من

الانفعالات حول المشكلة الأولية، يظهر المستوى الثالث أو الرابع من الانفعالات مثل الاكتئاب الناتج من الغضب من كونه قلقاً. ويشير "دريدن" Dryden (1995) إلى هذه الانفعالات على أنها مشكلات الانفعال البعدي Meta-emotional problems ذلك لأنها ذات فائدة في العمل مع المشكلات الانفعالية الأولية لو تداخلت المشكلات ما بعد أو ما وراء الانفعالية مع العمل العلاجي أثناء الجلسة أو الواجبات المنزلية خارج الجلسات وحيث تزداد حدة المشكلات ما بعد الانفعالية وتصبح أكثر أهمية من الناحية العيادية عن المشكلات الأولية، أو يكون العميل مقتنعاً بها فهنا يكون من المفيد التعامل مع مشكلات الانفعال البعدي أولاً. (Metacognition, wells 1995, 1997).

وعندما يظهر العميل كريباً نفسياً من مشكلته فمن المفيد أن نكتشف ذلك مبكراً ونقدم توضيحاً بشكل مناسب، وفي ظروف عديدة في هذه المرحلة، ربما تكون المعلومات البسيطة هي كل ما هو ضروري لتخفيف الضيق الثانوي الناشئ، وتدفع العميل للتعامل بكفاءة مع المشكلة الأولية فمثلاً: مدير المبيعات الذي يبذل جهداً لكي يعرض ويوضح أسعاره على لجنة المدراء، ويجد ذلك من الصعوبة بمكان أن يفعله ولديه صعوبة في التركيز على هذه المهمة، ويمر بثورة غضب وقد تصبح أكثر تكراراً، وقد لخص ذلك على أنه "ينهار" cracking up، وقد ارتاح relieved عندما عرف أن ذلك ليس علامة على أنه يوشك أن يُجن لكنه عرض من أعراض العمل الزائد overworking الذي يؤدي إلى المشقة stress المصحوبة بقلق الأداء performance anxiety .

وعندما تدخل مشكلة عميل ما ضمن اضطراب طبي نفسى بوضوح حسب تصنيف رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (1994)، أو منظمة الصحة العالمية (1992) فقد يكون العلاج بالقراءة Bibliotherapy (Lazarus, 1971) مفيداً في تبديد الخرافات، والمعتقدات غير الصحيحة، وإعلام العميل

بالتحرف الراهنة، وفي الوقت نفسه يتم تقديم معلومات مناسبة عن المساعدة الذاتية self-help (Ruddell & Curwen, 1997). وقد تم تلخيص الفئات الرئيسية العظمى من الاضطرابات الطبية النفسية في الملحق الثاني عشر (Curwen, 1997). وتتفاوت المواد المستخدمة من مجرد المعلومات البسيطة المبوبة في مفكرة Leaflets مثل تلك التي يتم إعدادها من قبل المعالجين عند علاجهم اضطراباً معيناً مثل القلق، والاكتئاب، واضطراب الوسواس القهري، أو الفصام.. إلخ لتكوين دليل شامل عن المساعدة الذاتية. (Greenberg & Paderky, 1995)

٤- ساعد العميل في التمييز بين مختلف الانفعالات:

تم في سياق الفصل الثالث، مناقشة مدى ملاءمة العميل للعلاج قصير المدى، وكان أحد بنود اختبار تقدير "سافران وسيجال" هو القدرة على التمييز بين مختلف الانفعالات. ويُعد ذلك مهماً في سياق العلاج المعرفي السلوكي المختصر لعدد من الأسباب. وذكرنا في مكان آخر أن الأفكار والمشاعر تظهر متواكبة معاً. وذلك يتبع خط أن فكرة ما لدى الفرد تتسق مع نمط المشاعر التي يخبرها. فمثلاً: لو أن فرداً ما لديه فكرة "أنا بلا فائدة، أنا أكره نفسي" فليس من المحتمل أن يكون شاعراً بالسعادة في هذه اللحظة، لذلك فمن المهم في العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة لكل من المعالج والعميل أن يكونا لديهما القدرة على التمييز بين مختلف الانفعالات بوضوح. ووجود اتساق وتناغم بين أفكار معينة وانفعالات بعينها يُعد مناسباً لتمكين المعالج من فحص أجزاء الصياغة المعرفية. فمثلاً: لو حضر عميل يشكو من الاكتئاب، وكانت الأفكار الآلية التي تم التوصل إليها في مرحلة علاجية مبكرة كانت متسقة مع القلق (الخوف من الأماكن المغلقة) مثل: "لو ذهبت إلى المحال والأسواق أدرك أنني سأصاب بالإغماء" وهنا ربما يكون الاكتئاب انفعالاً ثانوياً تأسس ونشأ عن أفكار إضافية مثل "غالباً ما سأظل هكذا، لن

أكون أبدأ قادراً على الخروج بنفسى مرة أخرى" (انظر: البند الثالث من القائمة السابقة).

ويكون لدى بعض العملاء القدرة على التمييز بين الأفكار والانفعالات، وكذلك التمييز بين مختلف الانفعالات بسهولة نسبية، بينما يواجه بعضهم الآخر مستويات متدرجة ومتفاوتة الصعوبة في هذا الصدد. وعندما يستخدم العملاء مصطلحات المشاعر والأفكار بشكل تبادلي، فمن المناسب هنا قول شئ من قبيل "لاحظت أنك عندما سألتك عن الأفكار التي تمر بعقلك الآن، أنك وصفت لي كيف تشعر، ومن المهم في عملنا أن تفرق بين المشاعر والأفكار، لذلك يمكن أن نفهم بشكل أكثر وضوحاً كيف أنهما يرتبطان معاً. وبالنسبة للمرضى الذين لم يتدربوا على التفرقة بين الأفكار والانفعالات فالاقترح أن يتلقوا تدريباً إضافياً مناسباً (انظر بند ٦ على سبيل المثال).

ولدى بعض الأفراد صعوبة في التفرقة بين مختلف الانفعالات وتحديدها وذلك ليس غريباً، حيث أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات بعد انفعالية (انظر بند ٢) ربما يكون لديهم عديد من الانفعالات المرتبطة معاً وبشكل جيد. ويدركونها على أنها خبرة سيئة متفردة. ومن السهولة على المعالج أن يصل إلى ذلك، حيث أن التعبيرات المستخدمة عادة ما تكون مبهمه وغير محددة، وفضفاضة، مثل "شعرت أنتى شديد السوء"، "شعرت بالازدراء"، "أنا كنت سيئ... وهكذا. وإحدى الطرق الجيدة لمساعدة العميل، أن نستخدم الصفة التي استخدمها ونسأل "هل شعرت بالقلق الشديد، أو الاكتئاب المروع، أو الغضب الحائق، أو شئ ما آخر؟" والأسلوب الذي استخدمه "ألبرت أليس" هو أن يسأل العميل أن يخمن الانفعال. ومن المهم للمعالج ألا يقيم العميل بأن كلامه مبهماً حول انفعال معين عندما يكون ببساطة له لغته الخاصة أو يستخدم لغة مختلفة عن لغة المعالج، وذلك مهم بشكل خاص عند العمل

بشكل عبر ثقافى. وبالطريقة نفسها قد يربط الأفراد شعور، بشئ ما يمثله أو يظهره.

٥ - اشرح للعميل النموذج المعرفى:

تم فى الفصل الثانى مناقشة النموذج المعرفى Cognitive Model، وتم تقديم الصيغة المختصرة أ ب ج على أنها أداة مناسبة للتذكير Mnemonic. وفى الممارسة العيادية يبدو أن بعض العملاء قد يصلون إلى هذا الشكل المختصر سريعاً، بينما يبدو أن بعضهم الآخر يبدو ذلك وكأنه يحجب عملية التعلم، وذلك أن كلمة "تنشيط" Activating ليست قابلة للتذكر بشكل خاص، أو أنها عموماً ليست مرتبطة بكلمة "حدث" event فى أذهان عديد من الناس. فى حين أن كلمة "معتقد" Belief ليست شائعة الارتباط "بالأفكار الآلية" automatic thoughts فى أذهان كثير من العملاء، وغالباً لا يتم التوصل للرابطة بين الأفكار الآلية والمعتقدات إلا بعد مرور فترة من العلاج. ولما كانت المهام المنزلية جزءاً مركزياً من العلاج، فإن تكرار استخدام نموذج الأفكار الآلية، (انظر الفصل الثانى)، يكون ذا فعالية جيدة فى تعلم سلسلة الحدث - الفكرة - المترتبات.

إن التقديم الأولى للعميل الخاص بالنموذج المعرفى يتم إحرازه بنجاح من خلال تناول حدث انفعالى معين قد مر به العميل وقدمه، ويتم اختيار الأفكار، والمشاعر المرتبطة بها. على سبيل المثال: لو أن عميلاً خُبرَ انهيار المزاج فيمكن السؤال عن المناسبة القريبة (الحدث)، ومناقشتها. ويقتصر العلاج كل فرصة ويقوم بدعم النموذج المعرفى خاصة فى المراحل العلاجية المبكرة وذلك عن طريق المساعدة المستمرة للعميل ليربط بين الأفكار، والمترتبات (انظر البندين الثانى والثالث فى القائمة التالية)، وهذا الربط يكون واضحاً explicit "دعنا نرى ما هى الأفكار التى استطعت تحديدها فى نموذج الأفكار الآلية فى المهام المنزلية للأسبوع الماضى" وضمنية implicit

لذلك فالضكورة سأجعل من نفسى شخص أحقق تؤدي بك إلى أن تشمر بالقلق، والقائمة التالية تشمل المكونات الرئيسية التي يجب أن يطرحها النموذج المعرض للعميل، وهو ليس ترتيباً معيناً يقدم للعميل:

- الحدث.
- الأفكار والمعتقدات.
- المترتبات: الانفعالات emotions، والمشاعر feelings، والسلوكيات، الجوانب الفسيولوجية.
- المعتقدات والأفكار البديلة.
- التغيير.
- أخطاء التفكير thinking errors.

الحدث.. غالباً ما يكون هناك حدث في حياة العميل، وقد يكون صغيراً أو كبيراً، وغالباً ما يكون غير مفضل من وجهة نظره، وواقعياً فالحدث قد يكون أى شئ يمكن أن يسبب كريباً للعميل حتى لو لم يكن العميل مدركاً لذلك في حينه، وقد يكون ضرورياً في بعض الأحيان أثناء الممارسة العيادية، أن نستدل بطريقة استرجاعية على الحدث من خلال الانفعالات، فمثلاً فقد يوضح العميل أنه كان في المطبخ يعد فتجاناً من الشاي ولسبب غير معروف أصبح حزينا تماماً وليس من غير الشائع، أن يكون الحدث هو مجرد فكرة، وتعد مشكلات الانفعال اليمدى دليلاً على ذلك؛ والأحداث الأخرى التي تكون غير قابلة للملاحظة في العالم الخارجى هي إحساسات sensations مثل أحلام اليقظة daydreams أو الصور الذهنية images (شائعة بشكل خاص في اضطرابات ما بعد الصدمة Post-traumatic stress disorder (PTSD) والأصوات voices خاصة في الفصام schizaphrenia، والإحساسات الجسدية Bodily sensations شائعة في القلق Anxiety، أو

الاضطرابات الجسمية somatic disorders والروائح smelts، وغيرها. ومن المفضل للمعالج ألا يتطرق لتفاصيل كثيرة في المراحل العلاجية الأولى.

“الأفكار والمعتقدات”. تم مناقشة الأفكار والمعتقدات في الفصل الثاني، فعند تعليم العميل التمودج المعرفي، يكون التصور الأساسي الذي يتم توضيحه هو أن الانفعالات تنشأ عن طريق الأفكار، حيث يكون العميل قادراً على توليد حدث ما، يكون واعياً بالفكرة الآلية التي تنتج انفعالات سلبية (انظر المقطع التالي)، والنمط التالي من النقاش قد يساعد في توضيح مدى تأثير الأفكار في الانفعالات.

المعالج: قلت أنك عندما شعرت بالحزن هذا الصباح كانت لديك فكرة مفادها “أنا غالباً ما أقوم بعمل أي شئ بطريقة خاطئة” وقلت أيضاً أنك قد أتممت تقريراً خاص بالعمل حيث كنت مسروراً تماماً. كيف يتبع ذلك فكرتك أنك تقوم بأداء كل شئ بطريقة خاطئة؟

العميل: بعد فترة صمتاً حسناً. أعتقد أن ذلك غير حقيقي.

المعالج: لو أنك قلت لنفسك هذا الصباح أنك أخطأت بشئ ما، لكن فقط شئ واحد، وليس كل شئ، فهل تعتقد أنك سكتت ستشعر بالدرجة نفسها من الحزن؟

العميل: كنت سأشعر بالحزن، لكن ليس بنفس الطريقة التي شعرت بها هذا الصباح.

وهذه الرابطة بين الأفكار والمشاعر، يمكن العمل معها بشكل إضافي خلال الجلسة.

لقد ذكرنا سابقاً (في المرحلة المبدئية من العلاج) أنه يمكن العمل مع أكثر من واحد من أهداف المعالج بطريقة متشابهة، وفي المقطع السابق، لم يوضع المعالج فقط الرابطة بين الأفكار والمشاعر، لكن أيضاً بدأ بالفعل في

فحص الأفكار الآلية ومناقشة العميل فيها، ويوضح المقطع التالي أنه عندما لا تكون البدائل الإيجابية للأفكار الآلية جاهزة، وهناك صعوبة في توليد البدائل، فإنه يمكن المحاولة في اتخاذ منحى أكثر مباشرة:

المعالج: لو اتخذت بدلاً من الفكرة ليدخل فكرة العميل الآلية فكرة بديلة أكثر إيجابية ليقترح بديلاً للفكرة غير المساعدة (السلبية) ما الذي كنت ستشعر به حينها؟

وعندما تفضل هذه الطريقة فغالباً ما ينجح التالي:

المعالج: هل تستطيع أن تفكر في صديق ربما يكون قد خبر الحدث نفسه ولكنه يكون قد شعر بشئ مختلف؟

العميل: نعم، دانيال.

المعالج: فبماذا تعتقد أنه كان يفكر وقتها مما دفعه لأن يشعر بهذه الطريقة؟

ويكون من المفيد بشكل عام أن يتم توضيح هذه الأسئلة باستخدام نموذج أ ب ج على سبورة بيضاء أثناء الجلسة وذلك لدعم الرابطة بين ب، ج.

"المرتبات (نتيجة اعتناق معتقد معين)".. عند توضيح هذا الجزء للعميل فإن الهدف الرئيسي هنا، هو إقناع العميل بأن النتائج المباشرة دائماً ما تنتج عن الأفكار الآلية (أو المعتقدات)، ولو نجح المعالج في توضيح دور الأفكار في الجزء الأخير، فسوف تظهر بالفعل للعميل بعض النتائج المترتبة على اعتناق أفكار معينة. وسيكون من الضروري هنا أن تساعد العميل فقط لأن يكتشف أن هناك نتائج ومرتبات أخرى مثل السلوكيات، وإرجاعات الجسم.

المعالج: "جين"، قلت أنه عندما تصرف رئيسك في العمل بشكل غير لائق شعرت بالغضب فعلاً فهل يمكنك أن تخبريني إن كنت قد شعرت بأي تغيرات جسدية عندما حدث ذلك؟

جين: (تعطى أمثلة).

المعالج: وهل وجدت نفسك تقومين بفعل أى شئ مختلف عندما حدث ذلك؟

"المعتقدات والأفكار البديلة".. عندما نعلم النموذج المعرفى، لا يكون الهدف الأساسى هو محاولة تغيير أفكار ومعتقدات العميل (برغم أننا أوضحنا أن ذلك ربما يكون قد بدأ فى الظهور)، لكن لتوضيح هذه البدائل (وبشكل أكثر مساعدة) للأفكار والمعتقدات فمن الأفضل أن نساعد العميل على أن يعمل على توليد هذه البدائل بنفسه.

"التغيير".. يستطيع عديد من العملاء فهم مكونات النموذج التى تم مناقشتها بسرعة. وأياً كان يشير عدد كبير منهم إلى أنهم على الرغم من استطاعتهم فهم النموذج عقلياً، إلا إنهم يكونوا بعيدين عن إحراز أى تغير إيجابى فى موقف المشكلة، ويظهر ذلك بشكل خاص مع الأفراد الذين يقولون أنهم خبروا بعض الأفكار السلبية المقابلة counter-negative thoughts (أو البدائل الإيجابية)، فى الوقت الذى يظهر فيه الحدث. وسيلاحظ القارئ أن مدى اعتقاد العميل واقتناعه بالعلاج المعرفى السلوكى، يكون مفيداً فى التغلب على مشكلاته، وهو أحد بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفى السلوكى قصير المدى. ومن المهم أن نعرف للعميل أن التغير يأتى من خلال التمرين والممارسة، وأن الاحتفاظ بقدر جيد من الصحة النفسية يتم من خلال العمل عليها بنفس الطريقة التى تتطلبها الصحة الجسمية للحفاظ عليها، وهنا تبرز الحاجة إلى الواجبات المنزلية بين الجلسات. وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضح "لى" Ley (١٩٧٩) أن الناس عموماً يحتفظون بقدر ضئيل فقط من المعلومات المقدمة لهم فى الاستشارات، وأحد أهداف مهام أو الواجبات المنزلية بين الجلسات هو المساعدة فى إعادة جمع وتثبيت المعلومات، سواء للنموذج المعرفى نفسه، أو عن بدائل الأفكار الآلية التى تكون أكثر واقعية وهى الأفكار التى تم توليدها بواسطة العميل أثناء الجلسة وأدوات ومواد التعليم النفسى.

فحص الأفكار الآلية ومناقشة العميل فيها، ويوضح المقطع التالي أنه عندما لا تكون البدائل الإيجابية للأفكار الآلية جاهزة، وهناك صعوبة في توليد البدائل، فإنه يمكن المحاولة في اتخاذ منحى أكثر مباشرة:

المعالج: لو اتخذت بدلاً من الفكرة ليدخل فكرة العميل الآلية فكرة بديلة أكثر إيجابية ليقترح بديلاً للفكرة غير المساعدة (السلبية) ما الذي كنت ستشعر به حينها؟

وعندما تفضل هذه الطريقة فغالباً ما ينجح التالي:

المعالج: هل تستطيع أن تفكر في صديق ربما يكون قد خبر الحدث نفسه ولكنه يكون قد شعر بشئ مختلف؟
العميل: نعم، دانيال.

المعالج: فبماذا تعتقد أنه كان يفكر وقتها مما دفعه لأن يشعر بهذه الطريقة؟
ويكون من المفيد بشكل عام أن يتم توضيح هذه الأسئلة باستخدام نموذج أ ب ج على سبورة بيضاء أثناء الجلسة وذلك لدعم الرابطة بين ب، ج.

"المتربيات (نتيجة اعتناق معتقد معين)" .. عند توضيح هذا الجزء للعميل فإن الهدف الرئيسي هنا، هو إقناع العميل بأن النتائج المباشرة دائماً ما تنتج عن الأفكار الآلية (أو المعتقدات)، ولو نجح المعالج في توضيح دور الأفكار في الجزء الأخير، فسوف تظهر بالفعل للعميل بعض النتائج المترتبة على اعتناق أفكار معينة. وسيكون من الضروري هنا أن تساعد العميل فقط لأن يكتشف أن هناك نتائج ومرتبات أخرى مثل السلوكيات، وإرجاعات الجسم.
المعالج: "جين"، قلت أنه عندما تصرف رئيسك في العمل بشكل غير لائق شعرت بالغضب فعلاً فهل يمكنك أن تخبريني إن كنت قد شعرت بأي تغيرات جسدية عندما حدث ذلك؟

جين: (تعطى أمثلة).

المعالج: وهل وجدت نفسك تقومين بفعل أى شئ مختلف عندما حدث ذلك؟

"المعتقدات والأفكار البديلة". عندما نعلم النموذج المعرفي، لا يكون الهدف الأساسي هو محاولة تغيير أفكار ومعتقدات العميل (برغم أننا أوضحنا أن ذلك ربما يكون قد بدأ في الظهور)، لكن لتوضيح هذه البدائل (ويشكل أكثر مساعدة) للأفكار والمعتقدات فمن الأفضل أن نساعد العميل على أن يعمل على توليد هذه البدائل بنفسه.

"التغيير". يستطيع عديد من العملاء فهم مكونات النموذج التي تم مناقشتها بسرعة. وذباً كان يشير عدد كبير منهم إلى أنهم على الرغم من استطاعتهم فهم النموذج عقلياً، إلا أنهم يكتفون بعيدين عن إحراز أى تغير إيجابي في موقف المشكلة، ويظهر ذلك بشكل خاص مع الأفراد الذين يقولون أنهم خبروا بعض الأفكار السلبية المقابلة counter-negative thoughts (أو البدائل الإيجابية)، في الوقت الذي يظهر فيه الحدث. وسيللاحظ القارئ أن مدى اعتقاد العميل واقتناعه بالعلاج المعرفي السلوكي، يكون مفيداً في التغلب على مشكلاته، وهو أحد بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفي السلوكي قصير المدى. ومن المهم أن نعترف للعميل أن التغير يأتي من خلال التمرين والممارسة، وأن الاحتفاظ بقدر جيد من الصحة النفسية يتم من خلال العمل عليها بنفس الطريقة التي تتطلبها الصحة الجسدية للحفاظ عليها، وهنا تبرز الحاجة إلى الواجبات المنزلية بين الجلسات، وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضح لي (Ley 1979) أن الناس عموماً يحتفظون بقدر ضئيل فقط من المعلومات المقدمة لهم في الاستشارات، وأحد أهداف مهام أو الواجبات المنزلية بين الجلسات هو المساعدة في إعادة جمع وتشبيث المعلومات، سواء للنموذج المعرفي نفسه، أو عن بدائل الأفكار الآلية التي تكون أكثر واقعية وهي الأفكار التي تم توليدها بواسطة العميل أثناء الجلسة وأدوات ومواد التعليم النفسى.

ونظراً لوجود بعض الصعوبات التي يقابلها بعض العملاء في تذكر مواد معينة من الجلسة، فيتم تشجيعهم بشكل روتيني على أن يحتفظوا دائماً بمفكرة علاجية لتسجيل النقاط المهمة أثناء الجلسة، وكثيراً ما يجدون أن التسجيل الصوتي مفيداً لهم حيث يمكنهم إعادة الأجزاء الخاصة ذات الأهمية خارج الجلسات مما يساعدهم على زيادة فهمها وتذكرها. ومن المهم بشكل عام، أن ندرك أننا تعلمنا واكتسبنا المعتقدات والأفكار السلبية أثناء عملية التنشئة المبكرة: لذلك فالتغير قد يستغرق وقتاً، وغالباً في حالة حدوث استكشاف جيد لنوعية انفعالية، واكتساب استجابات إيجابية أكثر مساعدة يحدث أن العميل الشكالك قد يعرف كفاءة وقوة ذلك المنحى.

ومن المهم كذلك أن نشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة الناس لتغيير مشكلاتهم الانفعالية وليس للتغلب على مشكلات عملية (Bard, 1980) من قبيل مشكلات السكن، والفقير، والدخل المنخفض، والمرضى، وعدم العمل، والطلاق الوشيك، كلها أمثلة للمشكلات العملية. ويكون العلاج المعرفي السلوكي مناسباً لو كان العميل يعاني من مشكلات انفعالية ناتجة عن إحدى هذه المشكلات العملية، أو أن تكون في بؤرة الاضطراب الانفعالي لديه (Ruddell & Curwen, 1997)، حيث يمكن أن يقدم للعميل مساحة انفعالية لكي يتعامل بشكل أكثر كفاءة مع مشكلاته العملية. (Ellis, 1985). وبالإضافة إلى ذلك عندما يكون التركيز على الأفكار الآلية لا يظهر أن الأفكار بشكل خاص غير متضمنة في أخطاء التفكير، فهنا يكون حل المشكلات problem solving أكثر التدخلات فعالية (انظر: Hawton & Kirk, 1989; Meichenbaum, 1985; Miller & Palmer, 1998; Palmer, 1994; Palmer & Burton, 1996; Wasik, 1984).

أخطاء التفكير.. تم ذكر أكثر أخطاء التفكير thinking errors شيوعاً (أو التشويه المعرفي cognitive distortion)، في سياق الفصل الثاني، في مرحلة تعليم النموذج المعرفي للعميل. والنقطة الأساسية، أن نكتشف أننا غالباً

ما نتبنى نمطاً من الأفكار والمعتقدات التي قد تكون غير مساعدة لنا. وعلى الرغم من أن هذه الأفكار والمعتقدات تبدو صحيحة وقابلة للتصديق بالنسبة للعميل في ذلك الوقت، إلا أنها لا تكون مدعومة بدلائل موضوعية. لذا فيمكن تعلم أفكار ومعتقدات جديدة ويتم تبنيها. وليس ضرورياً في هذه المرحلة أن نغطي كل أخطاء التفكير تفصيلاً، حيث يمكن للعميل أن يتأملها خلال الواجب المنزلي خارج الجلسات، ويقوم بربطها بنموذج الأفكار الآلية، ويكون ذلك ضرورياً فقط لكي توضح للعميل كيف أن أخطاء التفكير تؤدي إلى انفعالات سلبية غير مساعدة.

٦- ساعد العميل على تحديد أفكاره الآلية:

إن قدرة العميل على تحديد أفكاره الآلية تُعد واحدة من بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفي قصير المدى الذي تم مناقشته في الفصل الثالث. وكما كان تحديد كل الأفكار الآلية مفهوماً مركزياً في العلاج المعرفي السلوكي، فمن المهم للمعالج أن يمتلك عدداً من الأساليب لمساعدة العميل على تنمية المهارة اللازمة لكي يصبح واعياً بالأفكار الآلية، وأن يحددها في مرحلة مبكرة من العلاج. ويجب أن يدرك المعالج تمييزاً مهماً بين قدرة العميل على تحديد الأفكار التي تمر بعقله وارتباطها بتوبات انفعالية سلبية والتعرف على كل الأفكار على أنها أفكار سلبية آلية. وعديد من الأفراد الذين يأتون للعلاج يعرفون الأفكار التي لديهم، لكنهم لا يدركون أنها سلبية، وفي هذه الحالة يكون كافياً أن نحضر ذلك ونرفعه إلى مستوى وعي وانتباه العميل. ويركز المعالج هنا على تحديد كل فكرة آلية خلال الجلسة على أن يستمر ذلك كواجب منزلي خارج الجلسات باستخدام نموذج الأفكار الآلية (انظر الفصل الثاني).

ولا يكون عديد من العملاء واعين بالأفكار التي تدور في خاطرهم أو ارتباطها بانفعالات سلبية، لكن يمكنهم أن يتعلموا ويسرعو بمساعدة خلال

الجلسة أن يسيطروا على هذه الأفكار، على سبيل المثال: "ما الذى يدور فى عقلك فى هذه اللحظة؟" أو "بماذا أخبرت نفسك عندما حدث ذلك؟".

لقد ذكرنا فى القسم الرابع أن "إليس" Ellis يشجع العملاء على أن يقوموا بعمل تخميناً أو افتراضاً واسماً لو وجدوا صعوبة فى تحديد انفعال ما، وبشكل مشابه، يمكن أن يُطلب من العملاء أن يقوموا بعمل تخمين واسع عن ماهية الأفكار الآلية التى كانت لديهم فى موقف ما لو كانت غير واضحة لهم. وهذا هو أساس أسلوب "بيرنز" Burns المعروف باسم "العصا" stick لكن فى صورة مختصرة (Burns, 1989). فحكاية يشجع العملاء على أن يرسموا صورة عصا غير سعيدة عندما يكونوا غير قادرين على تحديد الأفكار الآلية السلبية، وأن يقوموا برسم فقاعة bubble فكرة على رأس صورة العصا، كما يحدث فى أفلام الكرتون، وهنا تلجأ الأفكار فتوضع على شكل عصا. وهناك طريقة أخرى حيث يسأل العميل عن شخص آخر، مثل صديق جيد له، عن كيف كان سيفكر لو أنه مرّ بنفس الانفعالات فى نفس الموقف؟ وكما قام المعالج بتوليد وعمل الصياغة المعرفية لمشكلة العميل، فيمكن أن يقوم بتخمين، أو افتراض الأفكار الآلية (حين فشلت المناحى الأخرى فى تحديدها)، ويسأل العميل لو أنّ هذه الفكرة جيدة وملائمة أم لا. وعند استخدام مثل هذه المناحى فمن المهم أن نفحص مع العميل ما إذا كانت هذه الأفكار جيدة وملائمة أم لا.

وقد يكون سبب عجز العميل عن تقرير الأفكار الآلية وتحديدها فى بعض الأحيان، هو أنه فى حجرة العلاج يكون بعيداً عن الموقف الأصلي، فلا يتذكر "المعارف الساخنة" Hot cognitions وهنا يتم مساعدة العميل على إعادة بناء الموقف المشككة (المريك) فى عقله، ويتم تشجيعه على التركيز على التفاصيل، وقد يُطلب منه أيضاً أن يصف البيئة المحيطة عندما كان يلقى انتباهاً لما يفعل فى ذلك الوقت، وما الذى خبره من أحاسيس، وقد تظهر

مشاعر إضافية مرتبطة بالأفكار، والتي قد يصبح العميل حالياً قادراً على الإمساك بها، وتكون الصور الحية جلية وواضحة في بعض الأحيان، ويمكن أن يُسأل العميل "هل هناك أي صور عابرة تمر في عقلك في هذا الوقت؟".

وعندما يكون العميل عاجزاً عن استدعاء الأفكار الآلية التي ارتبطت بالموقف المربك، قد يكون من المناسب أن يستخدم المعالج مادة من حدث واقعي، ويتم تناوله داخل الجلسة بالفعل، ويتابع المعالج عن قرب، مزاج العميل، وعندما يُظهر العميل نقلة سلبية يسأل المعالج "أعتقد أنك فجأة بدوت حزناً عندما كنا نتحدث عن ... هل يمكن أن نناقش ذلك معك؟"، ويؤكد المعالج ذلك للعميل ويسأله "ماذا دار بعقلك حول هذه النقطة؟" ولتحصص ما إذا كان العميل حزناً (أو قلقاً، أو غاضباً، أو لديه شعور بالذنب.. إلخ) يمكن أن تدرك بواسطة المعالج الخبير عن طريق سؤال بسيط "ماذا دار في عقلك أثناء ذلك فقط؟". وأياً كان، فذلك قد يمثل تحدياً للعلاقة العلاجية لو اعتقد العميل أن المعالج يخبره كيف يشعر (الاعتصاب الانفعالي emotional robe). أو بداله أن المعالج يشاركه التفكير المشوه. قراءة العقول mind reading .

ولما كان كل حدث هو تفاعل، فيمكن أن يستخدم المعالج أسلوباً إضافياً مع العميل وهو أن يقوموا بأداء الأدوار role play للموقف، وللمعالج أن يسأل عن النقطة المناسبة "ماذا دار في عقلك هنا؟".

ولما كانت الأفكار الآلية دائماً تقييمية، فإن هناك طريقة أخرى لاكتشاف الأفكار وهي أن نسأل "ماذا يعنى هذا الموقف بالنسبة لك؟"، وأخيراً لو فشلت كل هذه المناحي والطرق فإن هناك أسلوباً تم تأسيسه على أسلوب التدخل العكسي والتناقض paradoxical intervention يمكن تجريبه، وهنا يقترح المعالج فكرة تبدو عكس ما يعتقد حول ماهية الفكرة الآلية.

المعالج: هل تخبر نفسك أنك تحب أن تؤدي أداءً جيداً، لكن ذلك لا يكون مهماً إذا لم تفعل؟

العميل: لمقاطعاً، لا. بل يجب أن أؤدي أداءً جيداً وإلا سيثبت ذلك أنني فاشل.

ولقد ذكرنا في موضع سابق أن الصياغة المعرفية تكون بمثابة المرشد للمعالج لتوضيح وتدقيق الفكرة الآلية. وعندما تبدو فكرة آلية ما، ومشاعر ما غير متطابقين، فربما يحدث ذلك لأن الفكرة الآلية ارتبطت بمشكلات ترتبط بالانفعالات البعدية، وهي تنشأ من أن العميل قرر وجود فكرة آلية وتكون مساعدة في فحص ما إذا كانت فكرة آلية أخرى موجودة أم لا وتكون مرتبطة بالمشكلات المرتبطة بالانفعال البُعدي، والتي من الأفضل في بعض الأحيان الوصول إليها أولاً، وقد تم مناقشة ذلك سابقاً.

وعندما تفشل كل محاولات المعالج في إنتقاء الأفكار الآلية من خلال مدى واسع من المواقف والخبرات التي ذكرها العميل، فربما يكون من الأفضل للمعالج إعادة تقييم ما إذا كان العميل بالفعل ملائماً لتلقى العلاج المعرفي السلوكي المختصر أم لا. وفي بعض الحالات، قد يكون من الأفضل البدء على المستوى السلوكي أكثر فعالية، وأياً كان الأمر، من المهم في سعينا لاختيار أفكار العميل الآلية، ألا تأخذنا فرط الحماسة وتقرر أن العميل أخفق بطريقة ما، فلو أن المعالج التقط من العميل تغيرات في اللغة الجسمية، وشعر العميل بذلك، فقد يكون ذلك ملائماً ومناسباً لبدء النقاش حول هذه المسألة معه، فقد يكون ذلك نوبة تولد المعارف الساخنة، وهنا يمكن استخدام أدوات إضافية خلال جلسة العلاج. وعندما يبدو مستحيلاً اكتشاف أفكار العميل الآلية، فيجب أن نتذكر أن العميل ربما مر بخبرات الانفعال البُعدي الأصلية مثل (الخجل من الشعور بالقلق)، أو حتى حول العجز عن التوصل للأفكار الآلية الآن. ولو بدأ الأمر كذلك، فيمكن للمعالج أن يقول للعميل "يشعر بعض الناس بالخجل من الطريقة التي يؤدون بها، ويعتقدون في

بعض الأحيان أنهم بمفردهم فيما يشعرون به، وأنا أتساءل لو أنك لديك مثل هذه المشاعر؟. وقد يعتق بعض العملاء الذين لم يقرروا بعد أفكارهم الآلية معتقداً مثل "هذا نهاية الوقت بالنسبة لي، لماذا لم يفعل شيئاً أكثر فعالية لمساعدتي"، ومرة أخرى، يمكن للمعالج أن يفحص مع العميل ما إذا كان لديه هذا النمط من الاعتقاد في أسلوب العصا؟، وهل هو ذو كفاءة أم لا؟، ويسأل العميل بشكل روتيني عن رأيه في الجلسة في نهايتها.

٧- ساعد العميل على أن يربط الأفكار الآلية بكل من الانفعالات، والسلوك؛
تم مناقشة الربط بين الأفكار الآلية وكل من الانفعالات والسلوك في القسم السابق، وكذلك فالأفكار ترتبط باستجابات الفرد الفسيولوجية الجسمية. والهدف الأساسي من هذا البند، هو تشجيع العميل على ممارسة تحديد أفكاره الآلية والربط بينها وبين انفعالاته، وسلوكياته، واحساساته الجسدية، مرة بعد مرة، في كل وقت يمر به بهذه الأفكار خارج حجرة العلاج، ويصبح العميل مدركاً أنه عندما يخبر أحد الانفعالات غير السارة، ويكتشف الأفكار المرتبطة بها، ويقوم بعمل ذلك بشكل جيد، فسيكتشف بسرعة أنه غالباً ما يستخدم مجموعة قليلة من أخطاء التفكير في عديد من المواقف.

٨- ساعد العميل على أن يدرك مسئوليته عن التغيير الشخصي؛

إن التوصل لأن يدرك العميل أنه مسئول عن التغيير الشخصي، يتم إنجازه بشكل أكثر سهولة لو أن الأهداف العلاجية تم تحديدها بوضوح، وبشكل تعاوني، ولو أن الصياغة المعرفية لمشكلة العميل كانت جيدة ودقيقة الصياغة، وتشمل الصياغة المعرفية عدداً من المكونات التي توضح إلى أي مدى تمتد صعوبات العميل الحالية (والأفكار الآلية) حيث ارتبطت بشكل ثابت بعملية التنشئة الاجتماعية والتي ساعدت في تميمتها. وعلى سبيل المثال: لو

بعض الأحيان أنهم بمفردهم فيما يشعرون به. وأنا أتساءل لو أنك لديك مثل هذه المشاعر؟. وقد يمتق بعض العملاء الذين لم يقرروا بمد أفكارهم الآلية معتقداً مثل "هذا نهاية الوقت بالنسبة لي، لماذا لم يفعل شيئاً أكثر فعالية لمساعدتي"، ومرة أخرى، يمكن للمعالج أن يفحص مع العميل ما إذا كان لديه هذا النمط من الاعتقاد في أسلوب العصا؟، وهل هو ذو كفاءة أم لا؟، ويسأل العميل بشكل روتيني عن رأيه في الجلسة في نهايتها.

٧- ساعد العميل على أن يربط الأفكار الآلية بكل من الانفعالات، والسلوك:

تم مناقشة الربط بين الأفكار الآلية وكل من الانفعالات والسلوك في القسم السابق، وكذلك فالأفكار ترتبط باستجابات الفرد الفسيولوجية الجسمية. والهدف الأساسي من هذا البند، هو تشجيع العميل على ممارسة تحديد أفكاره الآلية والربط بينها وبين انفعالاته، وسلوكياته، واحساساته الجسدية، مرة بعد مرة، في كل وقت يمر به بهذه الأفكار خارج حجرة العلاج، ويصبح العميل مدركاً أنه عندما يخبر أحد الانفعالات غير السارة، ويكتشف الأفكار المرتبطة بها، ويقوم بعمل ذلك بشكل جيد، فسيكتشف بسرعة أنه غالباً ما يستخدم مجموعة قليلة من أخطاء التفكير في عديد من المواقف.

٨- ساعد العميل على أن يدرك مسؤوليته عن التغيير الشخصي:

إن التوصل لأن يدرك العميل أنه مسئول عن التغيير الشخصي، يتم إنجازه بشكل أكثر سهولة لو أن الأهداف العلاجية تم تحديدها بوضوح، ويشكل تعاوني، ولو أن الصياغة المعرفية لمشكلة العميل كانت جيدة ودقيقة الصياغة، وتشمل الصياغة المعرفية عدداً من المكونات التي توضح إلى أي مدى تمتد صعوبات العميل الحالية (والأفكار الآلية) حيث ارتبطت بشكل ثابت بعملية التنشئة الاجتماعية والتي ساعدت في تميمتها. وعلى سبيل المثال: لو

المعالج: هل تخبر نفسك أنك تحب أن تؤدي أداءً جيداً، لكن ذلك لا يكون مهماً إذا لم تفعل؟

العميل: لمقاطعاً، لا. بل يجب أن أؤدي أداءً جيداً وإلا سيثبت ذلك أنني فاشل. ولقد ذكرنا في موضع سابق أن الصياغة المعرفية تكون بمثابة المرشد للمعالج لتوضيح وتدقيق الفكرة الآلية. وعندما تبدو فكرة آلية ما، ومشاعر ما غير متطابقين، فربما يحدث ذلك لأن الفكرة الآلية ارتبطت بمشكلات ترتبط بالانفعالات البعدية، وهي تنشأ من أن العميل قرر وجود فكرة آلية وتكون مساعدة في فحص ما إذا كانت فكرة آلية أخرى موجودة أم لا وتكون مرتبطة بالمشكلات المرتبطة بالانفعال البعدي، والتي من الأفضل في بعض الأحيان الوصول إليها أولاً، وقد تم مناقشة ذلك سابقاً.

وعندما تفشل كل محاولات المعالج في إنتقاء الأفكار الآلية من خلال مدى واسع من المواقف والخبرات التي ذكرها العميل، فربما يكون من الأفضل للمعالج إعادة تقييم ما إذا كان العميل بالفعل ملائماً لتلقي العلاج المعرفي السلوكي المختصر أم لا. وفي بعض الحالات، قد يكون من الأفضل البدء على المستوى السلوكي أكثر فعالية، وأياً كان الأمر، من المهم في سعينا لاختيار أفكار العميل الآلية، ألا تأخذنا فرط الحماسة ونقرر أن العميل أخفق بطريقة ما، فلو أن المعالج التقط من العميل تغيرات في اللغة الجسمية، وشعر العميل بذلك، فقد يكون ذلك ملائماً ومناسباً لبدء النقاش حول هذه المسألة معه، فقد يكون ذلك توبة تولد المعارف الساخنة، وهنا يمكن استخدام أدوات إضافية خلال جلسة العلاج. وعندما يبدو مستحيلاً اكتشاف أفكار العميل الآلية، فيجب أن نتذكر أن العميل ربما مر بخبرات الانفعال البعدي الأصلية مثل (الخجل من الشعور بالقلق)، أو حتى حول المعجز عز التوصل للأفكار الآلية الآن. ولو بدأ الأمر كذلك، فيمكن للمعالج أن يقول للعميل "يشعر بعض الناس بالخجل من الطريقة التي يؤدون بها، ويعتقدون فر

أخبر أحد المقربين العميل عندما كان طفلاً أنت غبي . لن تصلح لأى شئ ، فمن السهل أن تفترض أن العميل ربما يكون قد نشأ ولديه ضعفاً فى تقدير الذات self-esteem . وبمجرد أن يفهم العميل النموذج المعرفى يستطيع أن يحدد الأفكار الآلية، ويدرك بعض أخطاء التفكير التى استخدمها للمواقف الراهنة. وفى الوقت نفسه، يكون واعياً بالأهداف العلاجية، وأنه فى موقف أفضل، ولديه القدرة على التغيير. وعندما يكون العميل غير نشط فى اختيار، أو تبنى فكرة آلية سلبية، فهو يفعل ذلك ضمناً لو لم يناقش مصداقيتها بالنظر إلى الدلائل التى تدعمها. وأياً كان، فقد يتطلب الأمر قدراً أعلى من الجهد من قبل العميل لو أنه مارس أخطاء التفكير عبر مدة زمنية طويلة نسبياً. وأكدنا فى الفصل الثالث أهمية المهام بين الجلسات، والواجبات المنزلية، وكذلك كل عمل فى سياق العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام هو على درجة من الأهمية (Numeyer & Feixas, ١٩٩٠; Perrsons et al., ١٩٨٨) . ويعد حاسماً فى جعل العلاج علاجاً مختصراً. وربما يسبب أداء أى عمل بين الجلسات، مشكلة لبعض العملاء، خلال أى مرحلة علاجية، وسيتم فى الفصل التالى استعراض ومناقشة مناحى التعامل مع هذه المشكلات. وأشرنا كذلك إلى فائدة احتفاظ العميل بمفكرة علاجية يسجل فيها النقاط المهمة خلال الجلسة.

٩ - (إبدأ) فى مساعدة العميل أن يختبر ويناقش أفكاره الآلية وينمى

بدائل إيجابية أكثر مساعدة:

تبدأ هذه العملية فى حجرة العلاج النفسى أولاً، فدائماً ما يُسأل العميل عن مشكلته، ويتم اختيار الأفكار الآلية بواسطة المعالج (انظر القسمين السادس والسابع) ، ودائماً ما يتبنى المعالج أسلوباً فى المناقشة يسمى فى بعض الأحيان التساؤل السقراطى socratic questioning ، أو الأسلوب السقراطى، وذلك بدلاً من الأسلوب التلقينى التعليمى المباشر indoctrination، الذى يقود

العميل لتحدى معتقداته (Beck et al., ١٩٧٩). وغالباً ما تؤدي هذه العملية إلى حدوث تناقض معرفي وانفعالي. وفي النص التالي يصف العميل (الذي وصل إلى نهاية المرحلة المبدئية من العلاج) مشكلته في العمل حيث يتطلب الوصول لعدد من الأفراد في حجرة أخرى، المرور عبر ممر ضيق، وتم استخدام نموذج للأفكار الآلية (انظر صفحة ٥٠ وملحق رقم ١٢).

العميل: إنهم ينظرون لعيني، ويتوقعون مني أن أقول أهلاً، أو شيئاً من هذا القبيل، وغالباً ما أشعر بالقلق.

العلاج: ما الذي يثير القلق لديك أو في عقلك من هذا الموقف؟

العميل: عندما يتطلب الموقف أن أتكلم، فأنا أشعر بسخونة، وارتبك، وفي بعض الأحيان أتجمد.

العلاج: ما الأفكار التي تأتيك عندما تفكر في الموقف؟

العميل: لو تجمدت مكاني، سوف يعتقدون أنني غبي، وأضيع وقتاً طويلاً قبل أن أتكلم.

العلاج: وعلى مقياس من ١ - ١٠٠ كيف تقدر مدى قوة معتقدك في هذه الفكرة.

العميل: حوالي ٨٥.

العلاج: نعود لفكرة أن الناس يعتقدون أنك غبي، ما الذي ينتج عن ذلك في عقلك؟

العميل: ذلك يجعلني بلا فائدة، وسأكون وحيداً بلا أصدقاء.

العلاج: قلت أنك شعرت بالقلق في هذا الموقف، هل شعرت بانفعالات أخرى؟
العميل: نعم، شعرت بالاكئاب أيضاً.

العلاج: هل يمكنك تقدير كل انفعال من هذه الانفعالات؟

العميل: بهمهم، القلق ٨٠٪، والاكتئاب حوالي ٧٠٪.

المعالج: دعنا نرجع إلى فكرتك الأولى، هل تجمدت وعجزت عن الكلام بهذا الشكل حديثاً؟

العميل: نعم، منذ عدة أسابيع، وحدث أثناء وجودي في حفلة.

المعالج: هل تستطيع أن تفكر في الموقف الذي كنت فيه وسط الناس ولم تعجز عن الكلام ولم تتجمد؟

العميل: أنا الآن أتحدث إليك جيداً، أنا أعتقد ذلك، وكذلك مع صديقتي "أنى" هي التي أستطيع أن أتحدث معها جيداً في العمل.. ولدي ثلاثة من الأصدقاء الحميمين أشعر بالراحة معهم.

المعالج: هل يظن أو يعتقد هؤلاء الخمسة أنك غبي؟

العميل: لا أعتقد ذلك.. يحدث هذا فقط عندما أكون مع أناس لا أعرفهم، فلا أستطيع أن أفكر في شيء مثير ومشوق لأقوله.

المعالج: هل أنت هادئ دائماً مع الأصدقاء الثلاثة الذين تشعر معهم بالراحة؟

العميل: بعض الأحيان، أعتقد ذلك.

المعالج: هل تعتقد أنهم ينظرون إليك على أنك غبي؟

العميل: لا.. لا أنا أعتقد ذلك.

المعالج: لو تحدثت الناس في المر أو المرآب إليك، ولم تتجمد عن الكلام،

فهل هناك شيء آخر ربما يفكرون فيه عنك، غير كونك غبي؟

العميل: بهمهم.. أعتقد أنهم قد يفترضوا أنني خجول، أو ربما أحمق، أو مشغول بشيء ما، أو فقط أنني في مزاج هادئ.

المعالج: كيف تقدر مدى اعتقادك في كل منها؟

العميل: الخجل ٧٥٪، التحفظ والعزلة ٥٠٪، الانشغال ٦٥٪، المزاج الهادئ ٧٠٪.

المعالج: لو أخذنا كل هذه الاحتمالات، وأنا متأكد أننا نستطيع أن نفكر في المزيد منها، فكيف تقدر الآن معتقداتك في فكرتك الأصلية، وهي أن الناس يعتقدون أنك غبي؟

العميل: أقل بكثير، حوالي ٣٠ أو ٣٥٪.

المعالج: وكيف تشعر الآن.

العميل: أقل قلقاً كثيراً.

المعالج: هل يمكنك تقدير ذلك لو سمحت؟

العميل: ٢٠٪ أو ٢٥٪.

ويتعلق هذا المقطع بفرد يعاني من المخاوف الاجتماعية، وفي أثناء الممارسة العيادية يشجع المعالج العميل على القيام بعدد من المهام السلوكية، وقد يستخدم التعليم النفسى الذى يهدف إلى إقناع العميل أن التجمد عن الكلام الذى يمر به هو، إنما هو نمط شائع فى هذه المشكلة، وربما يتطرق المعالج إلى بعض التفصيلات لتوضيح الطريقة التى يقود بها القلق إلى إضعاف قدرة العميل على التفاعل بشكل اجتماعى جيد.

١٠- ساعد العميل على تنمية سمة التفاوض حول العلاج المعرفى

السلوكى:

١١- وانتقى الشكوك حول العلاج وساعد العميل على تغيير أى تصورات

خاطئة من خلال التعليم النفسى:

إن المدى الذى يصل إليه تفاؤل العميل حول العلاج المعرفى السلوكى، هو أحد البنود فى مقياس تقدير مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفى قصير

المدى الذى تم تقديمه فى الفصل الثالث. ومادة هذين البندين سوف تظهر خلال الجلسة العلاجية، لكنها ربما تكون أكثر شيوعاً عندما يتم تعليم النموذج المعرفى. وعند مساعدة العميل لفحص ومناقشة أفكاره غير المساعدة، وكذلك عند طلب عائد فى نهاية كل جلسة. وكما تمت الإشارة فى الفصل الثانى، يتم مناقشة أى تصورات خاطئة misconceptions حول العلاج المعرفى السلوكى بشكل كامل من خلال الحوار السقراطى (انظر رقم ٩ سابقاً) حيث يدفع العميل إلى مناقشة تصورات الخاطئة، وتفيد هذه العملية فى تعميق التحالف العلاجى therapeutic alliance. وهذان البندان يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالمدى الذى يقبل به العميل مسئوليته عن التغيير الشخصى. وأياً كان الأمر، فعلى الرغم من أن كل المسئولية يتم تحديدها ومناقشتها مع العميل، فإن المعالج يكون مسئولاً عن مساعدة العميل على الوقوف على معنى وسبب كل تغيير يحدث. وعلى الرغم من أن المعالج يأمل أن ينمى تفاؤل العميل، فهو إلى جانب ذلك يجب أن يكون واقعياً، ويعترف للعميل أن العلاج قد لا يتقدم بشكل مطرد لكن يتفاوت صعوداً وهبوطاً فى بعض الأحيان.

١٢- اكتشاف ماذا يأمل العميل أن ينجزه من خلال العلاج، ووافق بشكل تعاونى على أهداف العميل الواقعية (البؤرية Facality):

تم مناقشة هذا البند فى الفصلين الثانى والثالث، ونجد أنه كلما كانت الأهداف واضحة، تضاعفت سهولة البؤرية (التركيز) واستمرت. وقد ناقشنا فى موضع سابق أن العميل غالباً ما يظهر أهدافه لكنها إما أن تكون مبهمه vague وتحتاج إلى التوضيح بشكل تعاونى، وكذلك العمومية common فهي بمثابة التعبير عن الأهداف طويلة المدى والتي تحتاج إلى التفصيلى إلى أهداف فرعية وقابلة للتنفيذ. ولكى يتم تحقيق هذه الخطوات أو الأهداف الفرعية، فهي فى المقابل تحتاج إلى أن يقوم العميل بأداء عدد من المهام والتجارب السلوكية. والمهام بشكل عام هى واجبات صممت لمساعدة العميل

للاشتراك في المواقف التي سبق وتحاشاها. والتجارب هي واجبات ومهام تساعد العميل على فحص صدق الأفكار الآلية والتي ربما تؤدي إلى حدوث نقلة إيجابية في معتقداته غير المساعدة. ومن المهم لكي يتم عمل ذلك بكفاءة عالية فيجب أن تكون كل مهمة متحديّة challenging لكنها ليست مستعصية overwhelming (انظر: Palmer & Dryden, ١٩٩٥). وفيما يلي بعض الأهداف طويلة المدى، والأهداف الفرعية، والمهام، والتجارب السلوكية، والتي تم الموافقة عليها مع العميل الذي قابلناه في القسم (٩) السابق:

الهدف: يطلب موعداً من سيدة للقائها.

الهدف الفرعى: التفاعل في جلسة اجتماعية بدون وجود قلق مرتفع.

المهمة: الاشتراك في عدد من المواقف الاجتماعية الخاصة، في الحانة القريبة، ومقصف العمل، والنادى المحلى، والالتحاق بصف ليلي، والاتصال بالأصدقاء القدامى.

التجارب: سؤال الغرباء لصرف عملات بينما يتسم في وجههم (لفحص المعتقد الخاص بأنهم قد يكونوا غير ودودين).

١٣ - عملية الأمان: ثبت المدى الذي يشترك فيه العميل في سلوكيات قد تكون مريحة وقتياً أو تمكنه من تحاشي المشكلة لكنها ضد العملية العلاجية:

تكون هذه السلوكيات ذات مدى واسع، وتظهر في مختلف الأشكال بدءاً من تحاشي الاتصال بالعين، إلى اعتماد الكحول. والتحاشي يكون للحدث المفجر للقلق، وكما تم الإشارة في موضع سابق، أن الحدث قد يكون فكرة، فالأفكار قد تتضمن تصورات، أو ذكريات، وقد يكون هذا التحاشي نشطاً، أو سلبياً (Kirk, ١٩٨٩). والتحاشي النشط Active avoidance هو الأشياء التي تبدو وكأنها شكل من أشكال التوافق والتكيف مع المشكلة،

مثل: التزام طقوس خاصة في اضطراب الوسواس القهري، والتحاشي السلبى Negative avoidance هي أشياء توقفت، في محاولة للتخلص من المشكلة، مثل عدم الذهاب للمحال في مرضى المخاوف من الأماكن المفتوحة agoraphobia. وفيما يلى بعض الأسئلة التي قد تكون مساعدة في انتخاب هذه العمليات:

١- النشاط:

"لو ظهرت المشكلة فما الذى يمكنك التوقف عن عمله؟"

"هل بدأت في عمل أى شئ جديد، أو بدأت في عمل أشياء مختلفة بسبب المشكلة؟"

٢- السلبى:

"هل توقفت عن عمل أشياء، أو توقفت عن الذهاب إلى أماكن معينة بسبب المشكلة؟"

ناقشنا فيما سبق قائمة أهداف المعالج لمرحلة بداية العلاج بضم من التفصيل، وسنقدم بشكل مختصر، كيفية تكاملها في الجلسة العلاجية الأولى. وقد بدأنا هذا الفصل بافتراض أن هذه الأهداف يمكن أن تختصر تحت قائمة أقصر من العناوين، بمجرد أن يستوعبها ويعيها المعالج المدرب بشكل جيد، وبشكل تكاملى من خلال ممارساته العيادية. وهي مقدمة في الشكل المقترح (١٠) وهي أيضاً تقوم مقام المذكرة لمراجعة البتود في القائمة الأصلية والتي اختصرت تحت كل عنوان رئيسى:

• العلاقة التعاونية:

- ٢- طور علاقة تعاونية علاجية مستمرة.
- ٢- اشرح للمعمل اضطرابه، وساعده في التخفيف من كربه من خلال التعليم النفسى.

١٠- ساعد العميل على تنمية سمة التناؤل بالعلاج المعرفى السلوكى.

١١- اختار الشكوك حول العلاج وساعد العميل على تغيير أى تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسى.

١٢- اكتشف ماذا يأمل العميل من العلاج، والاتفاق بشكل تعاونى على الأهداف الواقعية للعميل (البورية).

• عملية النموذج المعرفى:

١- طوّر الصياغة المعرفية لمشكلة (مشكلات) العميل.

٤- ساعد العميل فى التمييز بين مختلف الانفعالات.

٥- علمه النموذج المعرفى.

٦- ساعد العميل على تحديد أفكاره الآلية.

٧- ساعد العميل على الربط بين الأفكار الآلية وكل من

الانفعالات والسلوكيات.

• ساعد العميل على حل مشكلاته داخل وخارج الجلسة:

٨- ساعد العميل فى إدراك مسئوليته عن التغيير الذاتى.

٩- (إبدأ) فى مساعدة العميل فى اختيار ومناقشة أفكاره الآلية وأن ينمى بدائل أكثر مساعدة (إيجابية).

١٢- عملية الأمان: ثبت مدى اشتراك العميل فى سلوكيات قد

تكون مريحة وقتياً أو تمكنه من تجنب المشكلة لكنها

ضد العملية العلاجية.

شكل (١٠) أهداف المائج: إطار عمل لمرحلة بداية العلاج

الجلسة العلاجية الأولى:

يختلف بناء الجلسة العلاجية الأولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساساً بسبب أن العميل لم يقدم له النموذج المعرفى بعد ولم يألفه، فمثلاً: قد يكون العميل غير واعي بالنموذج المعرفى، وهنا ربما يتطلب الأمر تقديم مَدْخلاً عنه فى الجلسة الأولى. وتم شرح بناء الجلسة العلاجية الأولى فى جدول

(11)، وربما تضمنت الجلسة التقييمية للعلاج المعرفي السلوكي المختصر، مقدمة محدودة عن النموذج المعرفي، ودائماً يتضمن العلاقة بين الأفكار والمشاعر، وفي الحوار الذي سيأتي لاحقاً، سنورد مثلاً على الطريقة التي يتم بها تقديم عملية العلاج المعرفي السلوكي المختصر للعميل. لكننا لن نقدم كل المقابلة في عدد من البنود التي تم تغطيتها في الجزء السابق. والنص التالي أخذ من جلسة علاجية أولى. وسيتم قطع الحوار بتعليقات توضيحية للبنود السابقة. وبالفعل تم القبول المبدئي بين المعالج والعميل:

- ١- ضع جدول أعمال الجلسة.
- ٢- افحص مزاج العميل.
- ٣- راجع المشكلات الراهنة التي ظهرت عند مقابلة التقييم للعلاج المختصر وحدد المشكلات واتفق على أهداف العميل.
- ٤- اشرح النموذج المعرفي.
- ٥- راجع توقعات العميل عن العلاج.
- ٦- قدم التعليم النفسي حول اضطراب العميل.
- ٧- الاتفاق على المهام بين الجلسات.
- ٨- فحوص الجلسة.
- ٩- الحصول على عائد عن الجلسة.

شكل (11) بناء الجلسة العلاجية الأولى

المعالج: سوف نبدأ هذه الجلسة بوضع جدول أعمال لك، حيث تستطيع أن تقرر ما الذي ستتحدث عنه اليوم. ومن المفيد أن تقوم بعمل ذلك في بداية كل جلسة لاحقة فيما بعد، ونقوم بعمل ذلك، لكي نغطي أكثر الموضوعات أهمية. ولدى بعض البنود التي اقترح أن توضع في الجدول، وهناك فرصة لك لتضيف أي شيء تريد. كيف ترى ذلك؟

العميل: ذلك جيد.

المعالج: وسوف نحتاج لأن يعرف كل منا الآخر بشكل أفضل، وفي هذه الجلسة الأولى لدينا كثير من النقاط لكي نغطيها. وذلك سوف يجعل هذه الجلسة مختلفة قليلاً عن الجلسات التالية، وأود أن أفحص كيف يكون مزاجك، وكذلك ما أتى بك لتلقى العلاج المعرفى السلوكى المختصر، ومن المهم بالنسبة لى أن أعرف طبيعة بعض مشكلاتك، وصعوباتك، وماذا تأمل تحقيقه؟، وما هي توقعاتك عن العلاج؟ فهل هذا واضح؟

العميل: نعم، واضح.

في هذه الجمل القليلة المختصرة، قدم المعالج مفهوم العلاج، وتم الاتفاق على جدول أعمال الجلسة، واقترح بالفعل بعض البنود المبدئية، واستمر في تنمية جدول الأعمال مع العميل. وفي الجلسات التالية سيقوم المعالج بتشجيع العميل على أن يتحمل مسئولية أكبر في وضع جدول الأعمال كلما أمكن ذلك. ومن الشائع بالنسبة للمعالج الخبير أن يستنرد أو ينحرف عن الجدول لو أشار مسار الجلسة إلى مثلاً: التأخر في العلاج، أو في بنود الجدول، أو أصبح واضحاً للمعالج أن العميل لم يفهم بعض النقاط المهمة التي تتطلب مواجهتها من خلال الواجبات المنزلية بين الجلسات (البند الثاني من جدول الأعمال). وهنا يتفق المعالج والعميل على تخصيص وقت كافٍ للبند في جدول الأعمال الحالي.

المعالج: سأدون ذلك في أجندة اليوم ليستخدم المعالج سبورة بيضاء، ويترك فراغات لأي بنود [إضافية] وأود أن أوضح كيف سيسير العلاج، وأريد أن أعرف منك ماذا تعرف عن العلاج المعرفى السلوكى المختصر، وسنناقش ما سنفعله بين الجلسات، وعندما نصل إلى نهاية الجلسة سوف أخص النقاط الرئيسية التي تناولناها اليوم وسأطلب منك عائداً

عن اعتقادك حول الجلسة.. هل تريد إضافة أي شيء آخر إلى بنود جدول الأعمال في هذه النقطة؟

العميل: لا أعتقد ذلك.

المعالج: الآن وقد اتفقنا على بنود جدول أعمال اليوم، أريد فقط أن أفحص مزاجك خلال هذا الأسبوع وكيف كان قبل أن ننظر لمشكلاتك بشكل أعمق؟ هل يمكن أن أطلع على الاستخبار الذي ملأته؟ للعميل يمد يده بالنموذج والمعالج يطالعها يبدو أن هناك تغيراً طرأ على مزاجك منذ جلسة التقييم، هل يمكن أن تخبرني كيف تشعر؟

العميل: أنا مسرور، لأنني اخترت أن أفعل شيئاً ما بخصوص مشكلاتي، لكنني أشعر بالسوء بشكل عام، خاصة في العمل، لازلت أشعر أنني مكتئباً، ومتعباً كل الوقت، وكسولاً.

المعالج: بهم.. هل يكون من المفيد أن نضيف بعض المعلومات لجدول الجلسة، عن كيف يؤثر الاكتئاب بشكل عام على الأفراد بطرق أخرى، إضافة للمزاج.

العميل: نعم. نعم.. سيكون ذلك جيداً.

يُعد وضع جدول الجلسة مفهوماً مهماً لأي معالج متدرب لكي يتعلم، والفضل في عمل ذلك ربما يمنع ككل من المعالج والعميل من التركيز على الموضوعات المهمة. وطبيعة الجدول هي أن تكون سريعة، وموجهة نحو هدف، لكي تسمح بالمشاركة النشطة الفعالة والمنظمة للعميل، وتوضيح المنطق يُمكن العميل من فهم عملية العلاج بسهولة، وسوف يتعلم كيف يرجع للجدول وفي الجلسة الأولى فحوص المعالج مزاج العميل سابقاً. وتُعد الاستخبارات مثل قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression (Beck, 1978) inventory (BDI)، ومقياس هاميلتون لتقدير شدة الاكتئاب Hamilton Rating

Beck Inxiety Scale for Depression (HRSD) (Hamilton, ١٩٦٠) وقائمة بيك للقلق
 Hamilton inventory (BAI) (Beck & Steer, ١٩٩٠) ومقياس هاميلتون للقلق
 Beck Hoplessness Inxiety Scale (HAS) (Hamilton, ١٩٥٩) ومقياس بيك لليأس
 Scale (BHS) (Beck, et al., ١٩٧٤b). والملاحظات الشخصية لكل من المعالج
 والعميل معاً، تمكنهما من التقييم الموضوعى لمدى تقدم العميل. ومن خلال
 الفحص الشامل لهذه الاستخبارات قد يلقي الضوء أيضاً على المشكلات التى
 لم يتم تقريرها لفظياً من قبل العميل، على سبيل المثال: الشعور بالذنب،
 وأفكار الانتحار، وصعوبات النوم، ونقص الرغبة الجنسية (Curwen, ١٩٩٧؛
 McMahon, ١٩٩٧; Ruddell, ١٩٩٧). ولو لم تكن هذه الاستخبارات الموضوعية
 متاحة، أو غير ملائمة للعميل، أو أنها ليست بحال جيدة أو أنك غير قادر على
 ملئها (يمكن أن يرجع ذلك إلى صعوبات القراءة والكتابة)، يكون لدى
 المعالج خيار تعليم العميل كيف يُقدر مزاجه على مقياس من صفر - ١٠٠،
 حيث (صفر) يشير إلى عدم وجود الاكتئاب (أو أى انفعال آخر)، (١٠٠) تشير
 إلى أقصى درجات المعاناة من الاكتئاب (انظر بند ٩ من أهداف المعالج).

ومهما يكن فإن سبب عدم كفاءة العميل فى إكمال النماذج، قد تم
 مناقشتها بشكل واسع، فقد تتضمن فكرة إكمالها حدثاً منشطاً، ومن ثم
 تصبح أداة مناسبة للفحص من خلال النموذج المعرفى. ويُعد من المهام الأساسية
 فى الجلسة المبدئية، تقييم العجز، واليأس، وفقدان الأمل، والأفكار
 الانتحارية، وتحديد مدى خطورة كل فكرة منها.

ويُنصح المعالج بأن يسأل عدداً كبيراً من الأسئلة، ويجمع مزيداً من
 المعلومات حول ما إذا تم التخطيط للانتحار أم لا، وكيف يحددها، وكيف
 ينميها، وذلك ربما يحمى الشخص، أو يمنعه من أن يقوم بعمل أى فعل من هذا
 القبيل. ولمزيد من المعلومات عن الانتحار (انظر: Curmen, ١٩٩٧، والفصل
 التاسع).

والنص التالي من الحوار يوضح كيف أن المعالج قد يراجع المشكلات المطروحة التي ظهرت خلال التقييم للعلاج المختصر من المقابلة، وإجراءات تحديد الصعوبات الحالية.

المعالج: عندما قمنا بعمل جلسة التقييم، قلت أنك شعرت بالاكنتاب لمدة شهرين على الأقل، وتوقفت عن التفاعل مع أصدقائك، وأصبحت منزلاً، هل ترى أنني لخصت ذلك جيداً؟

العميل: نعم، ذلك صحيح.

المعالج: هل هناك تغير جوهرى فى موقفك منذ ذلك الحين؟

العميل: حسناً، كما أشرت سابقاً، وجدت من الصعب مواجهة العمل، كما أنى كنت متعباً جداً، وكسولاً طوال الوقت.

المعالج: ما الذى تراه يمثل مشكلتك الرئيسية فى الوقت الحاضر؟

العميل: ذلك الشعور بالاكنتاب، والعمل يجعلنى مكروباً. وقد نشأ لدى كثير من الضغط، ولست واثقاً أنى ارتفعت لمستوى جديد. أشعر بالتعب الشديد، والكسل، حتى عند الاستيقاظ فى الصباح، يكون ذلك مجهوداً كبيراً، أنا لا أعرف ماذا يحدث لى؟

المعالج: يبدو كل ذلك صعباً جداً، ولو تمكنا من تقسيم وتفتيت ذلك إلى أجزاء يمكن التعامل معها فقد تشعر بقدر أقل من الانغماس فيها. وتبدو بعض التصورات عن مشكلتك فى هذه اللحظة، أولاً، أنك تشعر بالضغط فى موقعك الجديد، والثانى، أنك تشعر بالتعب والكسل، والثالث، التعامل مع شعورك بالاكنتاب.

والتعليم النفسى عن اضطراب العميل، وهو هنا الاكنتاب، تم وصفه بالفعل فى جدول الجلسة (بند ٦). وبيأشر المعالج الربط، وتوضيح العلاقة بين المكونات السلوكية والنفسولوجية، والاكنتاب، ومشكلات العميل فى

العمل، والكسل، والتعب، مع أخرى تريك العميل. ويستمر المعالج والعميل في الحوار السابق لتنمية أهداف العلاج تبعاً للتوصيات في البند (١٢) من أهداف المعالج.

وفي المقطع التالي، يقدم المعالج النموذج المعرفي (بعد التأكد من أن العميل ليس لديه معرفة عن العلاج المعرفي السلوكي، إلى جانب ما تم جمعه في المقابلة التقييمية للملاءمة للعلاج المعرفي السلوكي المختصر) وعادة ما يقدم النموذج للعميل باستخدام مواد من الماضي القريب للعميل. وقبل الاستمرار في ذلك قد يرغب المعالج في إنعاش ذاكرته عن النموذج كما هو مدون في الفصل الثاني. وكما تم مناقشته، في البنود ٤، ٥، ٦، ٧، ٩ من أهداف المعالج. ولا ينصب الاهتمام في الجلسة الأولى على تقديم النموذج المعرفي بشكل كامل وحصري، لكن يكون كافياً أن يعرف العميل تجريبياً أن الأفكار تؤثر في المشاعر، وأن هذه الأفكار قابلة للتغيير.

المعالج: "جين"، أود أن أكتشف الطريقة التي تؤثر بها أفكارك على مشاعرك، هل يمكنك أن تتذكرى إحدى المرات خلال الأسبوع الماضي، لاحظتني فيها هبوط مزاجك؟

العميل: نعم. كنت في العمل، ورجع أحد الرجال متأخراً من فترة الغداء. (حدث منشط).

المعالج: وما هو الانفعال الذي شعرت به؟

العميل: سقطت.. مكتئبة [مترتبات انفعالية].

المعالج: هل يمكنك تذكر ماذا دار في عقلك وقتها؟

العميل: حسناً، كنت أفكر "يجب أن أقول له شيئاً ما عن كونه متأخراً، لكنني لم أقدر على ذلك". [معتقداً]

المعالج: تلك بداية جيدة حقاً، إن تحديد الأفكار، وتقييمها هو عمل سنقوم به كثيراً فيما بعد والمهارة المطلوبة للتدريب عليه، مثل كل المهارات الأخرى، لذلك نستطيع الآن أن نعود إلى أفكارك ونفحصها. فأنت لديك فكرتين، "أنا يجب أن أقول له شئ"، "لم أقو على ذلك".

العميل: نعم، هذا صحيح.

المعالج: وهذه الأفكار، جعلتك تشعر بموجة من الاكتئاب.

العميل: نعم.

كتب المعالج هذه الأمثلة على السبورة أو ورقة بيضاء، تحت أ، ب، ج (كما تم وصف ذلك في الفصل الثاني). واستمر في سؤال العميل عن عدد من الأمثلة الإضافية، التي لاحظ فيها سوء مزاجه أو ساعده في اختيار الأفكار المرتبطة بذلك.

المعالج: بهذه الأمثلة التي في ذهنك، هل تستطيع أن تخبرني عن الرابطة بين الأفكار والمشاعر؟

العميل: حسناً، ذلك يشبه، ماذا فكرت فيه، وأدى إلى أن أشعر على هذا النحو.

ومن المهم للعميل أن يصل إلى الخلاصة، وهي أن أفكاره تؤثر على مشاعره بدلاً من أن يخبره المعالج بذلك. والتركيز على أمثلة عديدة يساعد في دعم فهمه، وذلك يُدعم إضافياً بالعلاج بالقراءة، وجمع العديد من الأمثلة الإضافية بواسطة العميل بين الجلسات. ويستمر المعالج في البدء في تحديد عملية تحدى العميل لأفكاره غير المساعدة (مثلاً: انظر بند ٩ من أهداف المعالج).

وعبر مسار العلاج، يقوم المعالج بعمل كبسولات تلخيصية، وسيكون ذلك في أثناء المرحلة المبكرة من الجلسة العلاجية الأولى، بهدف الفهم،

والتواصل، ولفت الانتباه التام لما قاله العميل، ويساعد ذلك في تنمية وارتقاء العلاقة العلاجية. والملخصات وكذلك تُعد ملائمة في إعطاء عائد للعميل أن مشكلاته تم أخذها بقيمتها الظاهرية، وأن لدى المعالج فهم كافٍ لمناطق مشكلاته الرئيسية.

ومع تقدم العلاج، من المفيد للمعالج أن يشجع العميل على تلخيص النقاط الأساسية التي تم مناقشتها في كل جلسة، ويتم دعم ذلك باستخدام العميل لمفكرة علاجية لتسجيل النقاط المهمة خلال الجلسة. وفي نهاية الجلسة الأولى من العلاج، يهدف كل من المعالج والعميل من خلال التلخيص إلى استخراج كل النقاط الرئيسية التي تم مناقشتها (كما هو في جدول أعمال الجلسة)، ويقوم المعالج بتقوية فهم العميل، وكذلك يراجع المهام التي وافق على أدائها كـمهام منزلية بين الجلسات، وكلما أمكن، يستخدم المعالج كلمات والفاظ العميل نفسه في صياغته للتلخيص، لكن من المهم أن يدون ذلك في نهاية التلخيص بأنه لم ينشط أي أفكار سلبية تؤدي إلى اضطراب العميل (Beck, 1995) وفي النهاية يُطلب عائد من العميل عن الجلسة، وهو البند الأخير من الجدول. وذلك يعطى فرصة للعميل لمناقشة أي سوء فهم، أو مناقشة أي تصورات خاطئة تتعلق بالعلاج (على سبيل المثال: انظر بند 11 من أهداف المعالج).

وفي هذا المقطع الأخير، يلخص المعالج ما تم في الجلسة الأولى.

المعالج: "جيد"، قمنا الآن بتغطية كل بنود جدول الأعمال، وأود الآن أن أخص النقاط الأساسية التي ناقشناها اليوم جيد.

العميل: نعم.

المعالج: حسناً، لقد بدأنا بوضع جدول الأعمال، حيث سنبدأ بذلك في كل جلساتنا التالية، وبعدها انتقلنا لفحص مزاجك، وتناولنا صعوباتك الراهنة، ولقد تمسكت من وضع بعض الأهداف الواقعية لك من خلال

العلاج، والتي سوف نعمل عليها في الجلسات التالية. وقد ناقشنا استخدام النموذج المعرفي، لمساعدتك في صعوباتك، وتناوينا أفكارك وكيف تشعرين، وقد لاحظت كيف يؤثر تفكيرك في الطريقة التي تشعرين بها، وقد استكشفتنا كذلك، عديداً من الطرق التي يمكن أن يؤثر بها الاكثاب عليك، كما دونا في جدول أعمال اليوم، فقد تضمن بعض النقاط التي ستعملين عليها وتحضرينها للعمل عليها خلال الجلسة التالية، فهل تعتقدين أن هذه المهام قابلة لأن تقومي بإنجازها؟

العميل: نعم، أعتقد ذلك.

الفصل الخامس

مرحلة العلاج الوسطى

الفصل الخامس

مرحلة العلاج الوسطى Middle Stage of Therapy

إن محور اهتمام العلاج يتغير عبر مساره، وقد ذكرنا فى سياق الفصل الثانى، أن الخصائص المتعددة الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى متداخلة مع بعضها بعضاً، وفى الفصل الرابع ذكرنا أن أهداف المعالج مترتبة على بعضها بعضاً بشكل جوهري. وبالطريقة نفسها يوجد تداخل إلى حد كبير بين المرحلة الوسطى العلاجية، ومرحلة نهاية العلاج لكن على المعالج أن يسلم ويكون واعياً (فى الوقت نفسه) بتغير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت وذلك يؤكد أن العلاج مهماً كان مختصراً فهو عملية ارتقائية، وكعملية ارتقائية فإن مساره وسرعته تتحددان جزئياً بمشكلات العميل، ونقاط القوة لديه، وأيضاً على خبرة وحرفية المعالج. وعلى الرغم من أن بؤرة تركيز العلاج تتغير عبر مساره، فإنه يستمر متناغماً عن طريق الصياغة المعرفية التى تمت مناقشتها فى الفصل الثالث.

والصياغة المعرفية تبقى مركزية على مدى مسار العملية العلاجية لكن هى نفسها يمكن أن تبنى على، أنها أداة نفسية تدعم أو تدحض فروضاً أولية مؤقتة.

وكما تم الإشارة فى الفصل الرابع، يعتنق المعالج المعرفى السلوكى الصياغة المعرفية والأهداف العلاجية بشكل تبادلى، وهى إلى حد كبير تحدد مسار العلاج بشكل متناغم مع الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى التى ذُكرت فى الفصل الثانى.

عرضنا فى الفصل السابق أهداف المعالج فى المرحلة العلاجية الأولى "مرحلة بداية العلاج" بشئى من التفصيل، ونعرضها فى شكل (١٢) كملخص يصنف فى تحت ثلاث فئات رئيسية هى:

- ١- العلاقة العلاجية التعاونية.
- ٢- العملية المعرفية.
- ٣- مساعدة العميل على العمل على مشكلته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه.

- ١ - العلاقة العلاجية التعاونية:
 - أ) الاستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.
 - ب) استمر في تقديم العائد الإيجابي والتشجيع.
- ٢ - نموذج العملية المعرفية:
 - أ) تغيير تركيز العلاج من العمل على الأفكار الآتية إلى المعتقدات الوسيطة والمحورية (إذا كان ضرورياً).
 - ب) علم العميل ما يتعلق بالقبول الذاتي (إذا كان ضرورياً).
- ٣ - ساعد العميل على مواجهة مشكلته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه:
 - أ) القى مسئولية العمل العلاجي على عاتق العميل.
 - ب) شجع العميل على أن يكون معالجا لذاته.
 - ج) شجع العميل على أن يستمر في العمل على المهام المنزلية بين الجلسات.
 - د) جهز العميل للتوقف وإنهاء العلاج - تقليل الارتداد أو الانتكاس.

شكل رقم (١٢): أهداف العلاج.

وكما ذكر في الفصل الرابع، فهذه المناطق الثلاث هي التي تشكل بناء العلاج، وأيضاً محتوى الأهداف. وستجد في سياق هذا الفصل، والفصل التالي، أن هذا البناء فيما يخص النقاط من ١ - ٢ السابقة ستبقى كما هي، في حين أن المحتوى (الأهداف) سوف يتغير "كيعكس نمو العملية العلاجية وارتقائها". وسوف تقدم هذه الأهداف باختصار في هذا الإطار.

لكن من المهم معرفة أن بعض الأهداف الموجودة المقدمة قد تظل في حاجة إلى مزيد من الانتباه والمراجعة؛ فمثلاً: قد تتقدم العملية العلاجية بشكل مرضى لكن أثناء العائد في إحدى الجلسات في مرحلة العلاج الوسطى، قد يشك العميل في فائدة العلاج، وهنا سوف يرجع المعالج وقتياً إلى هدف مبكر ويواصل كما تم توضيحه في سياق الفصل الرابع. وسوف يضطلع الباقي من هذا الفصل بالتركيز على البنود الفردية المقدمة في شكل (٤). وسوف نناقش بشكل منظم كل من هذه البنود بالرغم من أنها ليست متسلسلة في سياق الممارسة العلاجية، لكنها متصاحبة فمثلاً ربما تقوم في فترة معينة من العلاج بتعلم العميل معنى القبول الذاتي (٢ب)، وتعد العميل للتوقف (٢د) بينما تعطى عائداً إيجابياً للعميل وتشجعه (١ب)، وتستمر في الإبقاء على العلاقة العلاجية التعاونية (١أ).

[١] العلاقة العلاجية التعاونية Callborative therapeutic relationship:

(أ) استمر في المحافظة على استمرار العلاقة العلاجية التعاونية:

ناقشنا أهمية العلاقة العلاجية التعاونية (وتعرف أيضاً بأنها التحالف العلاجي (therapeutic alliance) في الفصول السابقة ولن نناقشها ثانية هنا. وأهميتها لا تتضاءل مثلها مثل نمو العلاج، وارتباطها مركزياً ودالاً للتغلب على الصعوبات التي بالتأكيد سوف تظهر عبر مسار العلاج.

(ب) إعط عائداً إيجابياً وتشجيعياً:

إن مصطلح العائد له أصول من نظم نظرية، وفي سياق العلاج المعرفي السلوكي (وأنواع أخرى من العلاجات) هو عملية إعطاء المعلومات للعميل لتعريفه بأنه على الطريق الصحيح. ويتم عمل ذلك بشكل منتظم من خلال عدة طرائق. ومن المهم الإشارة إلى أن العائد يقدم للعميل حتى على أصغر حركة يؤديها تجاه الأهداف العلاجية. وذلك ينقل للعميل أنه يتقدم في العلاج

ويساعده على الاستمرار فى العلاج من ناحية، وينمى تقاؤل العميل من ناحية أخرى، وعندما يبدأ الارتداد أو يظهر الانتكاس فمن الأفضل النظر من خلال سياق أشمل لعملية التقدم العام، والتأكيد على المكاسب التى تم إحرازها سابقاً، والمقطع التالى يعطينا مثالاً عن عملية إعطاء العائد:

المعالج: إلى أين وصلت فيما يتعلق بنموذج الأفكار الذى أخذته للواجب المنزلى؟

العميل: حسناً، لقد وجدت من السهل كفاية أن أدون ما حدث، وكيف شعرت، والأفكار التى جالت بخاطرى، لكن كان لدى بعض المشكلات التى كان من الصعب أن أجدها بدائل.

المعالج: مجرد تحديد هذه الخطوات الثلاث يعتبر بداية جيدة حقاً، حيث أن كثيراً من الناس لا يتوصلون إليها بسهولة.

[٢] نموذج العملية المعرفية:

(١) حول تركيز العلاج من الأفكار الآلية إلى المعتقدات المحورية والمعتقدات الوسيطة (إذا كان ضرورياً).

يهدف العلاج المعرفى السلوكى المختصر إلى إحداث أقل قدر مطلوب من التغيير حتى يتمكن العميل من الاستمرار فى حياته الراهنة بشكل أكثر كفاءة، وفى الممارسة، مما يعنى ضرورة مساعدة العميل فى العودة إلى نقطة يمكن عندها أن يستمر فى إحراز الأهداف قصيرة وطويلة المدى، تتمشى وقدرته على التعامل مع المشكلات والصعوبات المباشرة التى دفعته لطلب العلاج. أما إذا كان اضطرابه يتطلب مدى طويلاً وعميقاً من العمل العلاجى مثل اضطرابات الشخصية personality disorders (المحور الثانى من DSM-IV) فهنا لن يتم اختيار العلاج المختصر. (Freeman & Jackran, 1998)

وبالنسبة لبعض العملاء، فقد يكون علاج الأفكار الآلية السلبية هو كل المطلوب لإحداث التحسن الوظيفي، وتخفيض الكرب الانفعالي لديهم حتى يصبحون على قناعة تامة بأنهم قد أحرزوا كثيراً من أهدافهم. وسيستمر عدد من الأفراد حتى يخبروا كثيراً من الأفكار الآلية السلبية التي تأتي نتيجة معتقداتهم المضمرة (المحورية أو الوسيطة). وبالنسبة لهذه المجموعة فإن العمل العلاجي على هذا المستوى الأعمق يكون ضرورياً. وبغض النظر عما إذا كنت أنت أو عميل آخر قد تقدم أحدكما للعلاج من معتقداته الخاطئة، فإن العلاج المعرفي السلوكي المختصر عادة ما يبدأ بتحديد الأفكار الآلية وتعديلها.

وتُعد الأفكار الآلية أكثر سهولة في الوصول إليها، وسهلة التعديل عما هو الحال بالنسبة للمعتقدات (التي تولد الأفكار، والصور التي تشكل محتوى الأفكار الآلية)، وذلك يتسق مع نظرية المخططات التي تم مناقشتها في سياق الفصل الثاني. والعمل على تحديد الأفكار الآلية وتعديلها يكون دائماً مهماً قبل العمل بكفاءة علاجية على المعتقدات، وأياً كان الأمر ففي العلاج المتمركز حول المخططات، فإن المعتقدات المحورية يتم تناولها في مرحلة علاجية مبكرة، والجزء الأكبر من هذا الفصل سوف يلخص عمليات التعامل مع المعتقدات ويوضحها، ويلقى الضوء على عدد من الأساليب المطلوبة لإنجاز هذه العملية. وقبل البدء في ذلك فمن المهم أن يكون المعالج واعياً بالفروق بين الأفكار الآلية، والمعتقدات الوسيطة، والمعتقدات المحورية.

وبإيجاز فإن الأفكار الآلية تمثل تيار الأفكار، والصور الذهنية، اللتين تصاحبان الفرد بشكل ثابت وهو يتقدم عبر حياته اليومية العادية. أما الأفكار الآلية السلبية فهي تلك الأفكار والصور التي تستثير الانفعالات السلبية وغير الملائمة، مثل القلق، والاكتئاب، وتكون هذه الأفكار بشكل عام في البداية مقبولة من العميل على أنها أفكار واقعية وصادقة، لكن لا توجد أدلة موضوعية تؤيدها. وقد تم مناقشة الأفكار الآلية في سياق الحديث

عن أخطاء التفكير الشائعة، أو التشويهات المعرفية لأنها تشملها، من قبيل، التعميم الزائد، وإغفال الإيجابيات، أو قراءة العقول، ومن المهم أن نذكر أن الأفكار الآلية السلبية تظهر في سياق الخبرات العادية، ولا يكون لها أى نشاط شاذ وغير طبيعي. ويفترض النموذج المعرفى أننا قمنا بتشويه المعلومات الواردة إلينا حتى نكون أطرًا نظرية عملية تصورية لكى نفهم العالم، وخبراتنا الذاتية، علماً بأن البحوث العلاجية ترى أن هذه الأطر التصورية تُعد جزءاً من الخبرة العادية. (Hollon & Kris, ١٩٨٤; Nirfet & Rass, ١٩٨٠). وعندما يعانى العميل من الكرب النفسى، يزداد لديه معدل الأفكار الآلية السلبية. وهذا أمر مفهوم ومتوقع سلفاً لأن المعتقدات تستثير مزيداً من الأفكار الآلية، وهذه المعتقدات نوعان هما: المعتقدات المحورية، والمعتقدات الوسيطة. والمعتقدات المحورية هى الأساس التى تبنى عليه المعتقدات الأخرى، وهى تمكنا من وصف أنفسنا، ووصف الآخرين، والعالم بمصطلحات شديدة العمومية، لذلك فهى شديدة العمومية، وجامدة "غير مرنة" inflexible والزامية imperative ومقاومة للتغيير (Belk, et al., ١٩٩٠) وهى جزء طبيعى من عملية معالجة المعلومات فى حياتنا اليومية. ويمكن أن تكون إيجابية أيضاً "أنا ذو شأن"، "الآخرون جديرون بالثقة" أو "العالم آمن" أو تكون سلبية مثل "أنا غير محبوب"، "الآخرون عدوانيون" أو "العالم غير آمن وخطير".

والنوع الآخر من المعتقدات المضمرة تسمى بالمعتقدات الوسيطة ذلك لأنها تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية، ومثلها مثل المعتقدات المحورية فإنها غالباً تكون غير متسقة أو غير مرتبطة، ويمكن أن تنقسم إلى ثلاثة أنواع، الاتجاهات، والقواعد، والفروض. والاتجاهات طبيعتها تقييمية (من المفرع أن تكون غير محبوب) أما القواعد فهى عبارة عن متطلبات (يجب أن أكون محبوباً) فى حين تكون الفروض شرطية (لو كنت غير محبوب فأنا غير جدير بالثقة).

المعتقدات المحورية



المعتقدات الوسيطة

فروض



أفكار آتية

قواعد



أفكار آتية

تجاهات



أفكار آتية

شكل (١٢): بناء المعتقدات: تمثيل المخطط.

وسوف يقسم الباقي من هذا الفصل إلى قسمين هما: (أ) و (ب).
 سيعرض القسم (أ) لثمانية أنواع من التدخل هدفها اكتشاف المعتقدات
 الأساسية والوسيطه وتحديدها، أما القسم (ب) فسيصف عدداً من الأساليب
 لتعديل هذه المعتقدات عند ظهورها.

[أ] تحديد المعتقدات [المحورية - والوسيطه] المضمرة:

كما وضعنا سابقاً، فإن هناك نوعين من المعتقدات التي تتف خلف
 الأفكار الآتية، وهما المعتقدات المحورية والمعتقدات الوسيطة، وبشكل عام
 فإن الأفكار الآتية عادة ما تكون أكثر سهولة في التناول من نوعي
 المعتقدات كما أن المعتقدات الوسيطة تكون أكثر سهولة في التناول من
 المعتقدات المحورية. ويمكن فهم ذلك من خلال بناء المخططات كما تم تقديمه
 في الفصل الثاني حيث إن الأفكار الآتية تكون أقرب لبؤرة الوعي والشعور،
 هي حين تكون المعتقدات المحورية أكثر عمقاً. والجزء التالي يحدد ثمانية
 منهاج (طرق) يستخدمها المعالجون بشكل شائع لمساعدة العميل على تحديد
 معتقداته السلبية.

١ - المعتقدات الخاطئة التى تستثير الأفكار الآلية:

ذكرنا سابقاً أن المعتقدات الخاطئة أكثر عمقاً بالنسبة للوعى مقارنةً بالأفكار الآلية، وذلك يحدث بشكل عام، لكن توجد بعض الاستثناءات عندما يعبر المريض عن معتقداته الخاطئة فى صورة أفكار آلية. وذلك قد يرجع إلى الصدفة، وليس نتاجاً لإتباع منهج معين، مما يتطلب معرفة المعالج بالمعتقد الخاطئ عندما يرد فى شكل فكرة آلية، تظهر بشكل لا إرادى، الأمر الذى يجعله يعمل فى مستوى أكثر عمقاً. على أية حال، يجب أن يكون المعالج حذراً، لأن العميل الذى يعبر عن أى معتقد قد لا يكون معداً للعمل معه إذا ما تم العمل بشكل غير كفاء عند تحديد الأفكار الآلية وتعديلها. ولو كان الحال كذلك، فعلى المعالج أن يحتفظ بالمعتقدات السلبية لعلاجها فيما بعد وعندما يكون العميل قد ازداد خبرة فى التعامل معها على مستوى أكثر عمقاً. وعندما يعبر العميل عن المعتقدات الخاطئة على أنها أفكار آلية فى مرحلة علاجية مبكرة، فلا يكون واعياً دائماً بأى اختلاف بينهما، إلى جانب أنه لم يحرز تقدماً بالفعل فى هذه المرحلة من العلاج المعرفى.

٢ - أسلوب السهم النازل The downward arrow technique:

يعتبر من الأساليب الشائعة، وإبتكره بيرنز (Burns 1٩٨٠)، ويعرف أيضاً بأنه أسلوب السهم الرأسى vertical arrow technique (Burns, ١٩٨٩)، ويقوم المعالج بتحديد فكرة آلية، وبدلاً من أن يحاول تعديلها بإحدى الطرائق التى تم ذكرها فى الفصل السابق؛ يحتفظ المعالج بالفكرة مؤقتاً ويسأل العميل "افترض أن هذا صحيح فماذا كان سيعنى هذا لك؟" ويستمر هذا النمط من التساؤلات حتى يتم الوصول إلى أحد المعتقدات. ويمكن استخدام أسئلة أخرى مشابهة مثل "ماذا سوف يقول عنك؟"، "ماذا سيحدث عندئذ؟" ولو كان كذلك، فما الخطأ فى ذلك؟ (Fennell, ١٩٨٩). والاحتمال الأكثر ترجيحاً أن يتم الوصول إلى أحد المعتقدات الوسيطة واختبارها بسؤال عن ماذا تعنى الفكرة

للمعمل، ويتم الوصول للمعتقد المحورى بسؤال عن ماذا تعنى الفكرة عن العمل
(Beck, 1990).

ذكرنا فى الفصل السابق، أن بعض الأفكار الآلية قد تكون وثيقة الصلة بالمشكلات والصعوبات الانفعالية للعمل أكثر من غيرها. وباختصار، يُعد هذا الأسلوب من أكثر الأساليب ملائمة لعلاج الأفكار الآلية التى تبدو أكثر قوة فى ارتباطها بمشكلات العمل (ومتسقة مع الصياغة المعرفية). ويسأل باديسكى (1994) Padesky العمل عن أفكاره الخاصة عن: نفسه، وعن الآخرون، والعالم، لأن انفعالات الفرد وسلوكياته ودافعيته تتأثر بالتفاعل بين هذه الأنماط الثلاثة من المعتقدات. ومن المهم عند استخدامنا لهذا الأسلوب، أن يتم التعرف على المعتقد حين ظهوره أو عندما يتم التعبير عنه، وفى بعض الأحيان يكون ذلك واضحاً تماماً مثل "أنا عديم القيمة"، "أنا فاشل"، "أنا عاجز"، ولكن ذلك لا يحدث بشكل دائم. وعندما يعبر الشخص عن أحد معتقدات المحورية بلغته الخاصة قد يكون غير واضح. مثل: "أنا رجل فارغ"، "أنا أحمق"، ومن المؤشرات على أن أحد المعتقدات السلبية قد تم التوصل إليه: تغير المزاج الملحوظ عند التعبير فى جملة ما مثل البكاء وانهماج الدموع، أو تغير فى تعبيرات الوجه، أو لغة الجسم، أو إعادة المعتقد نفسه وتكراره بصيغة أخرى، أو حتى كما هو. وأساليب السهم النازل لاختيار المعتقدات الخاطئة يتضح من خلال المقطع التالى عند مقابلة "على":

- (أ) الموقف: المشاجرة مع "هبة".
(ب) الفكرة الآلية: إلى متى سأكمل هذه العلاقة؟
(ج) الانفعال: الاكتئاب، والغضب.

المعالج: افترض أنه ليس هناك نهاية لتحمل هذه العلاقة فماذا سيعنى ذلك لك؟
على: سوف أبدأ فى غض النظر عن أى علاقة أخرى.
المعالج: افترض أن هذا حدث؟ فماذا سيعنى لك؟

على: أنا لا أقوم بعمل أى شئ بشكل صحيح؟

المعالج: افترض أنك لم تقم بعمل أى شئ صحيح؟ فماذا يعنى ذلك لك؟

على: أنا لست كفىً كفاية.

المعالج: ماذا تعنى "أنتك غير كفاء كفاية"؟

على: لا أحد سوف يريدنى... أنا غير محبوب.

٣ - اقترح مخططاً يربط بين مختلف الأفكار الآلية:

حدد بك وزملاؤه (Beck, et al., ١٩٧٩) عملية عامة لتحديد المعتقدات

السلبية تمر بثلاث مراحل:

- يحدد العميل الأفكار الآلية ويكتبها.
- يتم استنباط المخططات العامة من هذه الأفكار.
- يتم صياغة قواعد أساسية أو الفروض التى يتبناها العميل عن حياته.

المعالج: على، من المهم فى عملنا أن نبحث عن المخططات العامة التى تربط بين

عدد من المشكلات المختلفة الخاصة بك. أنا أستمع جيداً للأفكار التى

طرحتها وقد وقفت على المخطط الأساسى الذى يربط بين عدد من

أفكارك الآلية وهو محتملة مثل "أنا أحب أن أكون محبوباً من

الجميع". هل تبدو الصياغة لهذا المخطط مقنعة لك؟

٤ - اسأل العميل عن مخطط عام يربط أحداثاً متباينة ومتعددة:

قد ذكرنا سابقاً أن العمل العلاجى لا يبدأ دائماً بالتركيز على

المعتقدات السلبية حتى يصبح لدى العميل مهارة التعرف على الأفكار الآلية

وتعديلها. ولو أخذنا فى الاعتبار الأفكار الآلية التى ظهرت عبر مدى من

المواقف، فيمكن فى بعض الأحيان أن يُبحث على البوح بالمعتقد المضر الذى

يبدو أنه متسق مع عدد منها.

المعالج: توم، قد بذلت حقاً جهداً وعملاً جيداً هنا، وفي واجباتك في اكتشاف أفكار الآلية السلبية وتحديدها باستخدام عديد من الطرائق في مواقف مختلفة، هل تجد أي مخطط عام يربط بينها جميعاً؟
العميل: حسناً، أعتقد أنني أريد أن أكون محبوباً.

ويمكن للمعالج أن يستخدم مختلف الطرق جميعها أو بشكل منفرد، فمثلاً، يمكن أن يستخدم الجمل غير التامة (تكميل الجمل) لكي يكون أكثر تركيزاً على نقطة ما.

المعالج: لنبق مع هذه الفكرة، كيف ستكمل الجملة الآتية... أنا
العميل: أنا... غير محبوب.

إن سؤال العميل عن مخطط يربط بين عدد من الأفكار الآلية عبر مختلف المواقف مختلفة، إن يكون هو الأسلوب العلاجي الملائم خاصة مع العملاء الذين تعاملوا بقدر قليل مع الأفكار الآلية، والذين لديهم قدر قليل من الاستبصار، وعندما يحدث ذلك الموقف، فقد يفضل استخدام طرائق أخرى.

٥ - أسأل العميل مباشرة عن المعتقد:

إن استنباط المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية وتحديدها، يعرض أكثر أساليب التدخل ملائمة بل وأكثرها مباشرة لعدد محدود من العملاء فقط. ويتم تطبيق المحاذير التي تم تدوينها والإشارة إليها في البند (١) أيضاً، على أية حال، إن بعض الناس يستطيعون أن يحدوا معتقداً مضمراً بسهولة إذا ما طلب ذلك منهم، ولو أن عدداً من الأسئلة الأخرى تم عن طريقها تحديد قضايا أخرى، فيفضل استخدام أي طريقة أخرى من الطرائق المذكورة في هذا الجزء وذكرنا أن العمل في هذا المستوى يبدأ بتحديد الأفكار الآلية وتعديلها، ولذلك فإن المعالج سوف يستخدم هذا التدخل فقط عندما يكون

متأكداً من أن العميل مستعداً (بناءً على العمل العلاجي السابق)، وقادراً على فهم المشكلات وصياغتها، على العمل بهذه الطريقة.

المعالج: ما هو اعتقادك عن غضك النظر عن إقامة أى علاقة أخرى يا توم؟
العميل: لقد رفضت عديداً منها، لأننى غير محبوب.

٦ - تكملة الجملة:

وهو أسلوب مباشر نسبياً، حيث يُطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة. وقد قدم باديسكى (١٩٩٤) Padesky الأمثلة التالية: "أنا"، "الناس..."، "العالم". وقد أكمل توم هذه الجمل بالشكل التالى: "أنا غير محبوب"، و"الناس ناقدون"، و"العالم عدوانى".

٧ - تقديم الجمل الأولى من الفروض (الافتراضات):

عرضت المعتقدات فى سياق الفصل الثانى على أنها مكونة من الاتجاهات، والقواعد، والفروض. ويمكن أن ينظر إلى الفروض على أنها تشمل جملتين إحداهما فعل الشرط والأخرى جواب الشرط كالتالى: (إذا إذن) فعلى سبيل المثال: إذا كنت أنا لطيفاً إذن سوف يحبني الناس. وقد استخدم بيك (١٩٩٥)، أحد أشكال إكمال الجمل بأن يعطى الجملة الأولى أو فعل الشرط لأحد الفروض ويطلب من العميل أن يذكر جواب الشرط أو الجملة الثانية لهذا الفرض.

٨ - استخبارات المعتقدات:

ذكرنا فى سياق الفصل الثانى، أن عدداً من المقاييس العيادية مثل أدوات التقدير السريعة (أو الاستخبارات) متاحة للاستخدام فى سياق العلاج المعرفى السلوكى. وعدد من استخبارات المعتقدات متاحة للعميل لكى يكملها والتي تعتبر معاونة للعميل على تحديد واكتشاف اتجاهاته المختلة.

وكمثال على استخبارات المعتقدات: استخبار اختلال المعتقدات (Dysfunctional Attitude Scale DAS) (Weissman & Beck, 1978; Weissman, 1979, 1980)، وقائمة الكشف عن المخططات (Beck, et al., 1990) schema checklist، واستخبار الكشف عن المخططات (Young, 1992) schema questionnaire.

التثقيف النفسي عن المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية:

Psychoeducation about underlying beliefs

بعد أن يُحدد المعالج واحداً أو أكثر من المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية، يصبح من المهم إعطاء العميل قدراً من التعليم النفسي حتى يصبح لديه إطار عمل جيد من خلال فهمه لدور كل معتقد، ويتم عرض المبادئ بشكل بسيط، ولا يتم الاعتماد على صفات الفرد العقلية أو خصاله الشخصية، وكما تم الإشارة في موضع سابق فإن هذا العمل سوف يتم ترشيده عن طريق إعادة الصياغة المعرفية، أو البناء المعرفي، ووضع الأهداف العلاجية، والاستناد إلى الخصائص الجوهرية الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

المعالج: على، وصلنا الآن إلى مرحلة علاجية سوف تبدأ فيها بتحديد معتقداتك المثيرة لأفكارك الآلية، ولو تذكر فقد تحدثنا عن هذه المعتقدات بشكل سريع في مرحلة مبكرة من العلاج، فهذا المعتقد "أنا غير محبوب" هو ما نسميه المعتقد الخاطئ، فهل لديك أي فكرة من أين يأتي هذا المعتقد؟

على: يبدو أنه نشأ منذ طفولتي. أشعر بأنني كنت غير محبوب كطفل.

المعالج: لذلك فلو أن والدك كان قد أظهرنا حبه لك، فهل كنت ستشعر بشئ مختلف الآن؟

على: نعم. بالتأكيد سيختلف شعوري.

المعالج: يبدو أن هذه المعتقدات الخاصة بك "أنتك غير محبوب" قد تعلمتها منذ الصغر، أليس كذلك؟

على: نعم.. نعم أستطيع أن أدرك ذلك.

المعالج: إذن فقد تعلمت المعتقد "أنا غير محبوب". وقد تعود الناس على أن يفكروا في العالم على أنه مسطح، لكن لدينا الآن معتقداً أكثر عقلانية وواقعية وهو أن العالم مستدير. وذلك مبنى على أدلة علمية. وأنت أيضاً يمكنك أن تتعلم معتقدات أكثر عقلانية، وسوف نركز في عملنا معاً على بعض المناهج والطرائق التي تساعدك في تعلم المعتقدات والأفكار العقلانية.

على: هذا جيد، لكن يبدو صعباً جداً.

المعالج: في الوقت الذي تكون فيه غير مكثب، فإن هذا المعتقد "أنا غير محبوب" من المحتمل أن لا يؤثر فيك كثيراً، ويكون غير قوياً كفاية، وأياً كان، فإنه عندما يتم تنشيط هذا المعتقد عن طريق بعض أحداث الحياة، مثل الرفض، تصبح مكثباً.

على: أعتقد ذلك.

المعالج: بالإضافة إلى أنك عندما تصبح مكثباً فأى دليل يتعارض مع هذا المعتقد وينقضه يتم التفاوض عنه ولا يؤخذ في الاعتبار، والدليل الذي يدعم هذا المعتقد يتم تضخيمه وتسمح بتثبيتته داخلك حيث يثبت لك كيف تكون غير محبوب. بمعنى آخر إنك تسمح بمرور الأدلة السلبية وترشح وتستبعد الأدلة المتعارضة مع هذا المعتقد؛ هل يبدو ذلك واضحاً ومتماشياً مع ما تفعله؟

على: نعم يبدو أنه كذلك.

أوضح المعالج في المقطع السابق للعميل، أن المعتقدات السلبية متعلمة، ويمكن أن تنشأ من خبرات في الطفولة أو في الحياة المبكرة للفرد لكن ليس شرطاً أن تكون صحيحة فهي تستمر وتبقى من خلال عملية معالجة خاطئة للمعلومات؛ ولكونها متعلمة يمكن اختبارها وإيجاد أنها مبنية على أدلة غير ذات قيمة وغير جيدة؛ وهنا يمكن إيجاد معتقدات جديدة.

[ب] تعديل المعتقدات الخاطئة [الوسيلة والحدوية]:

قبل التحدث عن التدخلات الفردية التي تستخدم لتعديل المعتقدات الخاطئة، يجب التذكير بمجموعة من الأطر الإرشادية في هذا الصدد، أولها أن الأفكار الآلية بشكل عام أكثر قابلية للتغيير، بينما المعتقدات الوسيطة تُعد أكثر مقاومة للتغيير نسبياً. وثانيها أن العمل العلاجي قد تم تطويره لتعديل المعتقدات الوسيطة من عمليات بدأت بالأفكار الآلية وعديد من المكونات الأخرى القابلة للتعامل معها.

أولاً: تعتبر عملية تشجيع العميل على اكتشاف بدائل أكثر واقعية وعقلانية تحل محل الأفكار الآلية السلبية عاملاً مهماً؛ حيث يوضح أن الأفكار الآلية إنما هي متعلمة، وبالتالي يمكن تعديلها أو عدم تعلمها أو تعلم أفكار أخرى أكثر توافقاً لتحل محلها؛ وهذا التصور يمكن تطبيقه على المعتقدات الخاطئة المثيرة لهذه الأفكار الآلية. ومن المهم أن نوضح للعميل أولوية عملية تعديل المعتقدات الأكثر عمقاً.

ثانياً: ذكرنا أنه من المفضل أن نلخص ونعطى عائداً للعميل، ويستخدم كلماته الخاصة في التعبير عن أفكاره الآلية وذلك مساوٍ في أهميته عند العمل مع المعتقدات الخاطئة وذلك فيما يتعلق بخصوصية المعاني التي تكشف عنها الكلمات والجمل الخاصة لفرد ما. ولو قام المعالج بإعادة صياغة معتقد خاص بالعميل، فقد يعني ذلك للعميل أنه قد يكون بديلاً، أو هي بعض الأحيان يتم فقده تماماً، وكلما زادت الفروق

الثقافية بين المعالج والعميل يكون أكثر احتمالاً أن يتم فقد معنى المعتقد عند التفسير، وهي حال ظهور المعتقد المحورى وتحديدده فمن المهم أن نعطيه عنواناً أو تسمية باستخدام ألقاظ العميل ولغته الخاصة. وقد ذكرت "باديسكى" (١٩٩٤)، أن ذلك يؤدي إلى تأثير أعظم من قبل العميل ومرتبباً بالمخطط وينتج تغييراً أكثر عمقاً وثباتاً. وقد أوصت "باديسكى" باستخدام هذا النمط من التساؤلات: "كيف ستعبر عن ذلك بلغتك وكلماتك الخاصة؟"، و"هل يمكنك إعطائى مثالاً عن كيفية عمل هذا المعتقد فى حياتك؟"، و"هل تخطر ببالك وتمر بعقلك بعض الصور الذهنية أو الذكريات تكون مرتبطة بهذا المعتقد؟".

ثالثاً: ذكرنا أن المعالج والعميل لا يقوما بتحصيص وفحص كل الأفكار الآلية السلبية لكن فقط تلك المركزية منها (التي تكون متسقة مع الصياغة المعرفية للمشكلة)، أو بمعنى آخر تلك التي لها أهمية خاصة (ذات التأثير الشديد). ويتم معالجة المعتقدات السلبية بنفس الطريقة، ولأن إحداث تغيير فى معتقد وسيط يتطلب جهداً كبيراً بشكل عام فإن التركيز على كل منها منفرداً يعتبر أمراً مهماً ويتضح ذلك من استخدام بعض التدخلات دون أخرى فمثلاً: استخدام استخبار الاتجاهات المختلفة الذى وضعه "أيرمان" (١٩٨٠) قد يشير إلى أن العميل يعتقد عديد من المعتقدات ذات العجز الوظيفى تقع فى سبع فئات رئيسية: الاستحسان Approval، والحب Love، والإنجاز achievement، والكمال perfectionism، والصيت intitlement، والاستقلالية autonomy، والقوة الكلية omnipatence، وسوف يشير الاستخبار نفسه إلى ما إذا كانت المعتقدات غير المساعدة تم تبنيتها بشكل قوى أم لا، ويتفق ذلك مع المساعدة التي تلقاها العميل من خلال الصياغة المعرفية، وعندما يستخدم لغته الخاصة يمكن أن يتم تعديل هذه المعتقدات.

رابعاً: لو كان على العميل أن يتحرك من موقف الاعتماد القوي في معتقد سلبى غير مساعد، سوف يجد من الصعوبة الشديدة أن يفعل ذلك دون وجود معتقدات إيجابية بديلة يعتقها. وهناك فرق ضئيل عند العمل على الأفكار الآلية فهي بشكل عام أكثر قابلية للتحويل والتغيير، وأقل جموداً ويمكن إضعافها بشكل أكثر سهولة. وترجع المعتقدات المساعدة إلى الإيجابية، والتوافقية، والكفاءة الوظيفية، والعقلانية، والواقعية، والمشكلة والحل، مركزة على هدف ومهمة محددة؛ في حين أن المعتقدات غير المساعدة تعتبر سلبية لا توافقية، عاجزة وظيفياً، لا عقلانية، غير واقعية، تتعارض مع المشكلات، تتعارض مع الحل، وتتعارض كذلك مع الأهداف والمهام.

ويعتقد عديد من الناس كل من المعتقدات المثيرة للأفكار الإيجابية والسلبية، ويعملون وفقاً لأكثرها مساعدة لهم معظم الوقت حتى تُظهر العوامل المرسبة المعتقدات السلبية في موقف ما. وهذا التنشيط للمعتقدات السلبية بواسطة العوامل المرسبة تم مناقشته في سياق الصياغة المعرفية في إطار الفصل الثالث، عندما تم تحديد مشكلات "على". ولكثير من الناس (الذين يقيمون ضمن المحور الأول في التصنيف Axis I مثل مرضى الاكتئاب) الذين لديهم بالفعل معتقدات إيجابية في حاجة إلى أن تستقل ويتم البناء عليها، والمعتقدات الإيجابية الخاصة يتم أيضاً تسميتها بلغة العميل الخاصة. والأفراد الذين ليس لديهم بدائل إيجابية دالة وجوهرياً للمعتقدات المساعدة (عموماً في المحور الثانى Axis II) فهم بالتأكيد يستغرقون وقتاً أطول في تحسينهم، ويتم صياغة المعتقدات المساعدة بإتباع تعريف ما، وكذلك تحديد المعتقدات غير المساعدة لكن دون إجراء أى محاولة لتعديلها.

خامساً: تم توضيح عملية مساعدة العميل على تحديد قدر شدة الفكرة الآلية على مقياس من صفر- ١٠ في الفصل الرابع، وإعادة تقدير شدة

الفكرة بعد التساؤل السقراطي يظهر ضعف الفكرة الآلية الأصلية. وعملية إضعاف كل من الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية مدعم بتشجيع العميل أن يقوم باستمرار بتقدير، وإعادة تقدير شدة أفكاره ومعتقداته غير المساعدة، ويساعد التقدير أيضاً على تقوية أكثر الأفكار والمعتقدات المساعدة، والتقدير ليس أداة مراقبة فحسب لكنه يعتبر آلية للتغيير.

تعبئة المعتقدات الخاطئة:

تدخلات عامة:

عندما يتم تحديد واحد أو أكثر من المعتقدات الخاطئة الجوهرية، وعندما يتق المعالج أن العميل أصبح مهيباً للعمل عليها والتعامل معها، يتم تنمية البدائل الإيجابية المساعدة، وسوف يشير عديد من العوامل للمعالج إلى أن العميل قد أصبح مهيباً، وأن العمل أصبح ضرورياً، وكما تم الإشارة سابقاً هربما يكون العمل على المعتقدات الخاطئة غير مطلوب باستمرار.

أولاً: أن العميل قد طوّر قدرة معقولة على تحديد ومناقشتها، أفكاره الآلية السلبية وتوليد بدائل إيجابية لها. وفي العلاج المختصر، فإن قدرة العميل على إنجاز ذلك في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية يكون مطلوباً (انظر الفصل الثالث).

ثانياً: سوف يصبح العميل قادراً على إنجاز هذا العمل لكتته على الرغم من فشل في التحسن، أو يبدو معوقاً. وكل فكرة آلية سلبية تبدو وكأنها تم استبدالها بأخرى وهنا يتوقع أن تكون المعتقدات الخاطئة ذات قوة نشطة.

ثالثاً: أن العميل قد يحدد عدداً من المعتقدات الخاطئة على أنها أفكار آلية، ويعتبر المعالج أن العميل أصبح مهيناً للعمل على مستوى أعمق. وعندما يصبح العميل مهيناً ومستعداً يقوم المعالج بتشجيعه على توليد أحد المعتقدات الكامنة غير المساعدة (باستخدام واحد أو أكثر من الطرائق الثمانية في الجزء الأول) مع إعطاء منطق العمل مع كل معتقد (انظر التقييم النفسى عن المعتقدات الكامنة فى الجزء الأول)، وهنا يعمل على توليد بدائل أكثر إيجابية من المعتقدات الكامنة. ومن المفضل لدى المعالجين أن يقوم (المعالج) بتوليد بعض الاحتمالات فى عقله هو ويستخدمها فى إرشاد العميل فى تحديد أكثر البدائل الإيجابية المساعدة باستخدام الحوار السقراطى، وهذا الشكل من التساؤل ثم مناقشته فى الفصل الرابع والهدف هو إيجاد أكثر المعتقدات الكامنة إيجابية، وواقعية وقابلة للتصديق من قبل العميل، ولو اشترك كل من المعالج والعميل فى الاتفاق على معتقد وسيط من خلال التعاون المشترك بينهما فمن المحتمل أن يتم استخدام هذه الطريقة دائماً.

وتختلف نظرة المعالجين إلى البدائل الإيجابية للمعتقدات، فقد افترض "بيك" (١٩٩٥) "أن المعتقدات الإيجابية أسهل على المريض بشكل عام لأنها تدفعه لمزيد من التوافق بالمقارنة بالمعتقدات المتطرفة"، فى حين كانت وجهة نظر "باديسكى" (١٩٩٤) "بما أن المخططات مطلقة، فإن البدائل التى تستخدم فى العلاج يجب أن توضع على أنها جملة مطلقة". ولو أخذنا معتقد "توم" الكامن "أنا غير محبوب" فإن المعتقد البديل الناظر له قد يكون "أنا محبوب بشكل عام" أى معتقد إيجابى نسبياً "وأنا محبوب" هو جملة مطلقة. وانجمل الدقيقة المحكمة يتم الموافقة عليها بشكل تعاونى مع العميل وسوف يتم الاعتماد بشكل جوهرى على عدد من العوامل التى قد تتسم بها شخصية العميل، من قبيل نمط شخصيته، وخبراته الحياتية والفائدة العملية التى تنطلق من المعتقد.

المعالج: توم قد حددنا المعتقد الكامن لديك "أنا غير محبوب"، الذي يبدو أنك تعتنقه بشكل قوى.

توم: نعم.

المعالج: هل يمكن أن تفكر في معتقد آخر بديل يكون أكثر إيجابية؟
توم: أفترض أنه يكون "أنا محبوب".

المعالج: تبدو وكأنك غير متأكد تماماً من ذلك يا توم.

توم: إنى لست متأكداً، ولا أستطيع حقيقةً أن أعتقد ذلك.

المعالج: هل هناك معتقد بديل يمكن أن تصدقه؟

توم: حسناً، سأفكر، أستطيع أن أصدق أنني محبوب من بعض الناس أحياناً.

المعالج: ذلك يبدو أكثر واقعية لك. أليس كذلك؟

توم: مهمة، ذلك يذكرني بم "إنك تستطيع أن ترضى بعض الناس أحياناً، لكنك لا تستطيع إرضاء كل الناس كل الوقت".

وعندما يتم توليد أحد المعتقدات البديلة المساعدة يعمل كل من المعالج والعميل على تعديل المعتقد الكامن السلبي، ويتضمن ذلك عملية إدخال العميل للعالم من خلال إطار عمل من البدائل الجديدة من المعتقدات الإيجابية والتخلي عن المعتقدات السلبية السابقة. ولزيادة كفاءة هذا الأسلوب العلاجي خارج العملية العلاجية، يتم تشجيع العميل على أن يدخل كل من المعتقد القديم والجديد معاً جنباً إلى جنب في مذكراته العلاجية، وتدوين المعتقد الجديد في مذكرة ملاحظات العلاج ومن ثم تصبح هذه بداية جيدة للعميل لكنها غير فعالة في حد ذاتها لإحراز تغيير، فالوعى بالمعتقدات المساعدة وتصديقها بالفعل عملية مختلفة تماماً، ولإحداث ذلك يتم استخدام أحد الأساليب التي تستخدم في هذا الصدد.. وسوف يتم توضيحها فيما يلي:

١ - الحوار السقراطي Socratic dialogue:

إن استخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي (بيك وآخرون، ١٩٧٩) أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي، ويعرف في سياق الكتاب الحالي بأنه الحوار السقراطي. وقد لا يكون غريباً أنك تجد أنه يقود العميل إلى تعديل معتقداته من خلال استخدام التساؤلات التي تُعد الأساليب الأولى في هذه القائمة، وبالرغم من أن هذا الأسلوب يكون مناسباً في تعديل المعتقدات كأحد أساليب التدخل، فإن استخدام التساؤل أيضاً يتكامل مع أساليب علاجية أخرى لتعديل الاتجاهات، ويستخدم كأداة عامة خلال العلاج. وعند تعديل معتقد سلبى أساسى، يوجه المعالج العميل لأن يختبر عملية المعتقد على مواقف محددة ونوعية، بدلاً من أن يتعامل معه بطريقة عامة وكلية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه. ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى أوسع من المواقف ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابى بديل.

وأحد معانى الانتقال من الأكثر عمومية إلى الأكثر تحديداً وخصوصية، هو استخدام التساؤل السقراطى لمساعدة العميل لنقل اتجاهاته وقواعده وطرحها داخل تقييمات مشروطة (بيك، ١٩٩٥). فمثلاً الاتجاه السلبى الذى مضمونه "من الصعب أن تكون غير محبوب" والقاعدة "يجب أن أكون محبوباً" من الصعب أن يتم تعديلها بهذا الشكل لأنهما شديداً العمومية ولم يرتبطا بشئ ما معين. والتقييم الشرطى "لو كنت غير محبوب، فأنا غير كفاء" يكون أسهل في تعديله لأن أمثلة من قبيل "إننى أعتبر نفسى غير كفاء" يمكن أن يتبناها العميل وتقوده للمعتقد "أنا غير محبوب" الذى يصبح في هذه أشد ضعفاً.

نوم: نعم، أنا أعتقد بشدة أننى يجب أن أكون محبوباً. (القاعدة). فمن الصعب أن أكون غير محبوب (الاتجاه).

المعالج: توم قد حددنا المعتقد الكامن لديك "أنا غير محبوب"، الذى يبدو أنك تعتقه بشكل قوى.

توم: نعم.

المعالج: هل يمكن أن تفكر في معتقد آخر بديل يكون أكثر إيجابية؟
توم: أفترض أنه يكون "أنا محبوب".

المعالج: تبدو وكأنك غير متأكد تماماً من ذلك يا توم.

توم: إنى لست متأكداً، ولا أستطيع حقيقة أن أعتقد ذلك.

المعالج: هل هناك معتقد بديل يمكن أن تصدقه؟

توم: حسناً، سأفكر، أستطيع أن أصدق أنني محبوب من بعض الناس أحياناً.

المعالج: ذلك يبدو أكثر واقعية لك. أليس كذلك؟

توم: ههههه، ذلك يذكرني بم "إنك تستطيع أن ترضى بعض الناس أحياناً، لكنك لا تستطيع إرضاء كل الناس كل الوقت".

وعندما يتم توليد أحد المعتقدات البديلة المساعدة يعمل كل من المعالج والعميل على تعديل المعتقد الكامن السلبي، ويتضمن ذلك عملية إدخال العميل للعالم من خلال إطار عمل من البدائل الجديدة من المعتقدات الإيجابية والتخلي عن المعتقدات السلبية السابقة، ولزيادة كفاءة هذا الأسلوب العلاجي خارج العملية العلاجية، يتم تشجيع العميل على أن يدخل كل من المعتقد القديم والجديد معاً جنباً إلى جنب في مذكراته العلاجية، وتدوين المعتقد الجديد في مذكرة ملاحظات العلاج ومن ثم تصبح هذه بداية جيدة للعميل لكنها غير فعالة في حد ذاتها لإحراز تغير، فالوعى بالمعتقدات المساعدة وتصديقها بالفعل عملية مختلفة تماماً، ولإحداث ذلك يتم استخدام أحد الأساليب التى تستخدم في هذا الصدد... وسوف يتم توضيحها فيما يلى:

المعالج: ماذا يعنى لك أن تكون غير محبوب؟

توم: حسناً، ذلك معنى أنتى غير كفاء.

المعالج: إذا أنت تعتقد "لو أنا غير محبوب فأنا غير كفاء" (تقييم شرطى).

كيف تختبر قوة اعتقادك فى هذه اللحظة؟

٢ - قياس المعتقدات Scaling beliefs:

المعتقدات المحورية المفرطة فى التعميم، تكون غير مرنة، والزامية، ومقاومة للتغيير (بيك، وآخرون ١٩٩٠)، وكذلك تتسم المعتقدات الوسيطة بخصائص مشابهة لكن بدرجة أقل حدة. واستخدام المقاييس لقياس مدى اعتناق الفرد لفكرة آلية سلبية، أو معتقد سلبي، تم تقديمه فى الفصل الرابع. وهذا الاستخدام هو تحجر للتصلب الخاص بتلك المفاهيم، حيث لا يتعرض للفكرة أو المعتقد على أنها معتقة أولاً. لكن يتم ذلك فى صورة مدى واسع من عدم الاعتقاد مطلقاً إلى الاعتقاد التام فى الفكرة، ومن الأفضل للعميل أن يتعرف على ذلك. فمثلاً ليس محبوباً أو محبوباً (تفكير الكل أو اللاشئ) لكن دائماً هناك مدى بين الحب، واللاحب، وعندما يوجد مدى فإن التغيير يصبح ممكناً.

وقياس المعتقدات يعتبر أسلوباً مهماً لإضفاء المرونة على أنماط الأفكار لدى العميل، خاصة تلك التى تتسم بالقطعية (الكل أو اللاشئ). وأولاً يتم تحديد المعتقد المساعد وغير المساعد ويتم كتابة المعتقد المساعد (الإيجابى) فى أحد الأقطاب (الجوانب) على ورقة بيضاء. ويتم رسم خط منه إلى الجانب الآخر كما هو موضح بالشكل.

محبوباً * _____

صفر٪ ١٠٠

ويتم وضع صفر٪ في أحد الجوانب، و 100٪ في الجانب الآخر كما هو موضح. ويطلب من العميل أن يضع علامة X على نقطة في المقياس محددة. ومبدئياً سوف تكون هذه النقطة متطرفة ناحية الجانب الأقل (صفر٪). وباستخدام الحوار السقراطي وأحد الأساليب الأخرى الموضحة في هذا الفصل، يمكن للعميل أن يتحرك ناحية المعتد الإيجابي بشكل أفضل. وعندما يتجز العمل نقلة عقلية في المعتد أثناء الجلسة، يتم تدوين هذه العملية داخل المذكرات العلاجية، ويتم بناء المهام المنزلية عليها، وذلك يجعل العميل منغمساً في استخدام هذا الأسلوب مع معتقدات سلبية أخرى قد تم تحديدها سابقاً، وبالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن استخدام التجارب السلوكية لدعم المعتد الجديد الإيجابي وتماسكه.

ويعرف قياس المعتقدات أيضاً بأنه منهج كمي (باديسكي، 1994، باديسكي وجونبرج، 1995، وبرينز 1982) يمكن أن يستخدم بطرائق عدة متنوعة، فمثلاً يمكن أن يكون المتصل ذو طرفين، أو لها غير محبوب بنسبة 100٪، والثاني محبوباً بنسبة 70٪. ويمكن استخدام هذا النوع من المقاييس لكنه من الناحية العملية يعتبر أقل فائدة من المتصل السابق. وقد استخدمت باديسكي (1994) كل الطرق الخاصة بالقياس، وأشارت إلى عديد من الاختلافات، وقد وصفت منهجاً مناسباً يُعد أسلوباً تكميلياً محكياً عُرف عن طريق كيلي (1955) صاحب نظرية التكوين الشخصي personal construct theory، وهي عبارة عن مقاييس مختصرة حيث يُسأل العميل عن كيفية وصوله للمعتد الإيجابي (القطب الموجب للمقياس السابق)، فمثلاً في حالة "توم" فإن بعض المحركات التي وضعها كتكوينات لمفهوم (الحب) أو أن يكون محبوباً كانت، الثبات، والثقة في الكفاءة، والاجتماعية، أن يُكوّن عديداً من الأصدقاء، ويظهر المقياس المحكي التطرفات الخاصة بكل واحد من هذه التكوينات، ويتم وضعها كلها في مرتبة أدنى من المقياس أو المحك الرئيس (أن يكون محبوباً)، وذلك كما هو موضح بالشكل (14) وهنا يتم

تعديل منهج مشابه كما تم بالنسبة للمعتقد الأساسي لتعديل كل منها على حدة.

محبوباً _____X_____	_____X_____
100%	0%
ثابت دائماً _____X_____	غير ثابت دائماً
دائماً ذو كفاءة _____X_____	غير كفء أبداً
اجتماعي دائماً _____X_____	غير اجتماعي أبداً
دائماً لديه أصدقاء _____X_____	لم يكن لديه أصدقاء أبداً

شكل (١٤) مقياس المعتقدات: لتقياس الكمي المحصن.

ومن الجدير بالذكر أن المقياس يربط بين المتضادين، وذلك يسهل العمل في الانتقال من المعتقد غير المساعد إلى المعتقد المساعد. وأثناء الممارسة العلاجية يستخدم المعالج باستمرار هذه المقاييس في عقله، ويعطى إطاراً لواقع العميل واعتقاده في أي معتقد معطى له دون اعتبار لما إذا كان أي من المعالج أو العميل يستخدم هذا التدخل في أي مرحلة من العلاج.

٣- العلاج بالدور المحدد Fixed Role Therapy:

رأى عديد من المعالجين خارج العلاج المعرفي السلوكي أنه لو تم تشجيع العميل لأن يتصرف بطريقة مخالفة لمعتقداته غير المساعدة، فقد يؤدي هذا إلى تغير في المعتقدات، ومن ثم يؤدي إلى مزيد من التغير في السلوك. ويسمى هذا المنحى بالعلاج بالمرور المحدد. (انظر: Karst & Epting, 1984; Banarius, 1970; Trexler, 1970; Keliy, 1955; Skene, 1972). وهذا المنحى يتسق مع العلاج المعرفي السلوكي الذي يرى أن الأفكار والمشاعر (الانفعالات)، والسلوك هي كل متكامل، وأن التغير في أحدها يؤدي إلى تغير في الجوانب الأخرى. وتطبيق

هذه القاعدة أسلوبياً ذا قوة وفاعلية في سياق العلاج المعرفى السلوكى. وبمجرد تحديد أحد المعتقدات المساعدة البديلة الذى يوافق عليه العميل، سيؤدى (من خلال التساؤل السقراطى) إلى تحديد عدة طرق يمكن أن يسلك بها أو يتصرف بها لو كان هذا المعتقد الجديد حقيقى فى الواقع وصادق، وبمجرد تحديد عدد من الأفعال والتصرفات التى تتناسب مع المعتقد الجديد، يُطلب من العميل أن يفكر فى إدخالها ضمن التمرين ويقوم المعالج بتقدير ما إذا كان العميل يمكن أن يتصرف بناء على هذه النقطة فى وقت ما أم لا. وعندما تتم الموافقة بشكل تعاونى يتم تسجيل هذه الأفعال فى مذكرة الملاحظات العلاجية. ويقوم العميل بتبنى الدور المتسق مع المعتقد المساعد الجديد كمهام بين الجلسات. ومن المهم ألا نجعل هذا الدور شاملاً واسعاً ومن ثم لا يمكن تطبيقه فى مواقف مشحونة انفعالياً، بل المطلوب أن يكون المرور جزئى وواقعى يمكن تطبيقه فى المواقف الشبيهة. ويُطلب من العميل أن يتصرف بطريقة تتناسب مع المعتقد الجديد حتى لو لم يكن مقتنعاً تماماً بهذا المعتقد فى هذه المرحلة، ويسمى بـ"الأسلوب بالتمثيل" Acting أو تمثيل الأدوار كما لو "As if".

المعالج: توم: لقد قلت "لو كنت غير محبوب إذن فأنا غير كفاء" كم تعتقد فى هذا الآن؟

توم: حسناً، أنا أفترض أنه أصبح أقل قوة لكنه موجود بدرجة ٦٠٪.

المعالج: كيف يكون الوضع لو اعتقدت فيه بدرجة أقل؟

توم: سيكون ذلك جيداً. لكنى غير متأكد كيف يمكن أن أفعل ذلك.

المعالج: حسناً، لو استبدلنا اعتقادك "أنا غير محبوب" باعتقادك "بعض الناس يرونى شخصاً محبوباً بعض الوقت" هل يمكن أن تتصور ما يمكن أن تفعله مختلفاً اليوم، وغداً أو خلال الأسبوع؟

توم: أعتقد أنى أستطيع أن أساعد كاس زوجتى فى المطبخ أو الحديقة.

المعالج: هل هناك شيء آخر؟

توم: يمكن أن أذهب مع كاس لزيارة أمها، لأنها سوف تحب ذلك كثيراً.

المعالج: هل التصرف بهذه الطريقة يغير أى شيء؟

توم: سوف يحسن علاقتنا وسوف أشعر أكثر بأنى محبوب.

المعالج: كذلك أنت قلت لو أنك تصرفت بهذه الطريقة وفقاً لمعتقدك الجديد "بعض الناس يرونى محبوباً بعض الوقت" فالآخرون سوف يستجيبون بشكل أكثر إيجابية وفى المقابل سوف تشعر أنك محبوب بشكل أكبر؟

توم: نعم، هذا صحيح، أستطيع أن أرى ذلك.

المعالج: لو كنت تستطيع أن ترى نفسك تتصرف بهذه الطريقة متى تعتقد أنك ستكون قادراً على تنفيذ ذلك؟

اتفق كل من المعالج و"توم" على الأيام والأوقات التى يستطيع توم فيها محاولة البدء فى دور جديد يتناسب مع المعتقد الجديد الإيجابي، ويتسق معه. وقد وضع توم ذلك فى مذكراته العلاجية. وأوضح المعالج منطلق بالدور العلاج الثابت وشجع توم على التصرف بطريقة تتسق مع معتقده الجديد حتى لو لم يكن مقتنعاً به تماماً فى هذه المرحلة.

٤ - أداء الدور Role play:

تستخدم العلاج المعرفى أساليب من أنماط العلاج النفسى الأخرى، ويدمجها فيه شريطة أن تستخدم بشكل متناغم ومتسق مع النموذج المعرفى. ونشأت بعض أساليب أداء الدور من خلال معالجي نظرية الصيغة الكلية (Fagan & Shepherd, 1970; Feder & Ronall, 1980; Perls, 1969a, 1969b, 1972; Falrter & Polrter, 1972) وكانت تلك الأساليب ملائمة وذات كفاءة فى تعديل المعتقدات غير المساعدة (Bech, 1990; Ellis, 1982, McMullin, 1986; Trower et

(1990; Gaung, 1988; al., وتم يتم استخدامها فى الممارسة العلاجية إلا بعد استخدام الأساليب الأخرى كالتساؤل السقراطى، والحوار السقراطى كما تم شرحها فى الجزء السابق.

ويتم استخدام أداء الدور عند إحلال المعتقد الإيجابى الجديد محل المعتقد السلبي، وقد ذكر ماكميلان "McMullin" (1986)، "أن النظرية الوحيدة التى تقف خلف أساليب إعادة البناء المعرفى تستخدم "التقابل بين المعتقدين السلبي والإيجابى"، وترى هذه النظرية أن العميل عندما يناقش الأفكار اللاعقلانية فى مقابل الأفكار العقلانية وتطرح عليه حججاً بديلة، فإن ذلك من شأنه أن يضعف قوة الأفكار اللاعقلانية، الأمر الذى يشبه ما وصفناه سابقاً بالأفكار المساعدة فى مقابل الأفكار السلبية.

وتوجد تنوعات عديدة عند استخدام التقابل بين المعتقدات السلبية والإيجابية فى أداء الدور. ويمكن وصف الأسلوب الأساسى كما يلي: يتم مساعدة العميل على عمل قائمة من الأفكار التى تدعم المعتقد السلبي، ويقوم المعالج مع العميل بشكل تعاونى بعمل قائمة مقابلة مضادة من الأفكار الإيجابية. ويبدأ أداء الدور بتبنى العميل للأفكار غير المساعدة (وهى التى يتبناها العميل حالياً)، ويقوم المعالج بتنفيذ كل من هذه الأفكار ودحضها باستخدام الأفكار المساعدة المقابلة لها، والتى تم توليدها مسبقاً. ويسمى يونج "Young" (1990) هذا الأسلوب "النقطة - النقطة المقابلة" point-counterpoint .

ووفقاً لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل، حيث يقوم هو والعميل بتبادل الأدوار، ويبدو وصف هذا الأسلوب كأصوات جوفاء، ولكن عند الممارسة العملية يمكن أن يصبح أسلوب أداء الأدوار أكثر سهولة لو أتقنه المعالج بشكل جيد. ويسمى درايدن Dryden (1990) هذا الأسلوب باسم "الجدال دفاعاً عن الشيطان" Devils advocate disputing ويسميه بيك "أداء الدور العقلانى الانفعالى" (Rational-emotional Role-play Beck, 1990, p. 158). ويقوم

العميل في البداية بتمثيل دور تبنيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها (وفي المقابل يقوم المعالج بأداء دور تبنيه للمعتقد الإيجابي لنقطة مقابلة لها) ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذي قام المعالج بنمذجته. ويتم استخدام أسلوب "الكرسی الفارغ" empty chair من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقلاً عن المعالج. وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معاً بتحريكه من وإلى الكرسي الفارغ.

٥ - الأساليب أو الطرق السلوكية Behavioral methods :

يرى المعالجون السلوكيون أن أسلوب التغيير السلوكي يمكن أن يسبب المعتقدات غير المساعدة البديلة لدى أي شخص مريض أو غير مريض، كما يمكنه أن يخلصه منها (Emmelkamp, et al., ١٩٧٨) ومن ثم فإن المعالجين السلوكيين يستخدمون كثيراً من التجارب العلاجية السلوكية لتعديل المعتقدات السلبية (Roth & Fonagy, ١٩٩٦). وقد وجدنا لدى آخرين أن التجارب السلوكية ذات كفاءة عالية في تغيير الأفكار الآلية السلبية، لكن يجب أن يتم تصميم هذه التجارب بشكل جيد. وأحد الأمثلة المعروفة من التجارب السلوكية، هي تجربة استحضار أعراض القلق من خلال زيادة معدل التنفس خلال جلسة العلاج، وذلك لاختبار اعتماد العميل أن هذه الأعراض هي نتيجة مشكلات قلبية بدلاً من كونها أعراض قلق مرتبطة بحالة الهلع (Clark, ١٩٨٩). والهدف من استخدام التجارب السلوكية عادة هو توليد بعض الاستجابات التي تتعارض مع الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية أو معتقد ما. وفي أثناء الممارسة العلاجية ينظر كل من المعالج والعميل إلى النتائج والوقواق المترتبة على التجربة السلوكية، وذلك لتوفير أفضل الظروف لإحراز النجاح فيها، وفي الوقت نفسه يكونا متنبهين للصعوبات الخاصة، أو الأفكار الآلية السلبية، التي قد تمنع وتعوق استمرار التجربة السلوكية. ومن المهم، إقناع العميل بأن هذه هي مجرد تجربة ومجرد المضي فيها قُدماً هو نجاح في حد

ذاته بغض النظر عن النتائج، وذلك للتأكد من أن العميل لن ينظر لنتيجة ما أو إلى بعض النتائج الأخرى على أنها فشل.

وباستخدام منهج المتصل المحكى الذى تم شرحه سابقاً، حددنا أن (توم) يعتقد معتقداً أساسياً وكان يدعم معتقده المحورى الذى هو "أنا غير محبوب". ولدعم العمل الذى تم إنجازه داخل الجلسة وافق "توم" على اختبار عدم ثبات معتقده بين الجلسات، وسوف يتحمل مسئولية المهام الثلاث التالية فى الأسبوع المقبل وهى:

أولاً: سوف يتصل بزوجه ككاس إذا تأخر خارج المنزل.

ثانياً: أنه سوف يضى بوعده فى المساعدة فى الأعمال المنزلية بتنظيف حجرة المعيشة وصالة الاستقبال.

ثالثاً: أنه سوف يقوم بعمل تدريبات مع الدوائر الحكومية الخاصة بالإرشاد بالمساعدات المالية.

وعندما يستخدم المعالج المعرفى السلوكى هذه الأساليب السلوكية، فإنه يدمجها ضمن أساليبه المعرفية. كما يمكنه استخدامها لأهداف أخرى، منها رفع دافعية العميل للقيام بواجباته المنزلية المتمثلة فى تنفيذ الأفكار وإعادة البناء المعرفى للمعتقدات السلبية.

الفصل السادس

مرحلة
إنهاء العلاج

الفصل السادس

مرحلة إنهاء العلاج End Stage of Therapy

تم تقديم بناء العلاج في الفصل الرابع والخامس تحت ثلاث موضوعات

رئيسية هي:

- ١- العلاقة العلاجية التشاركية.
- ٢- عملية النموذج المعرفي.
- ٣- مساعدة العميل على أن يركز على مشكلته (مشكلاته) داخل الجلسة وخارجها.

وسوف نستمر في استخدام إطار العمل نفسه في الفصل الراهن لتقديم أهداف العلاج وتوضيحها وسنوضح كذلك كيف أن هذه الموضوعات بينها قدر من التداخل، كما هي الحال بالنسبة للأهداف التي تمثل محتواها، ولم تكن أياً من المراحل سواء البداية، أو المرحلة الوسطى، أو مرحلة إنهاء العلاج منفصلة عن بعضها بعضاً. والعلاج المعرفي السلوكي المختصر، هو عملية ارتقائية حيث تتغير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت، بينما الصياغة المعرفية، والخصائص الجوهرية تعطيه تماسكه واتساقه. ويتضح ذلك من خلال شكل (١٥)

١ - العلاقة العلاجية التشاركية (التعاونية):

(أ) إعداد العميل لإنهاء العلاج.

(ب) تناول قضايا الاعتمادية.

٢ - عملية النموذج المعرفي:

(أ) يلخص العميل ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.

(ب) المعالج يعزى القيمة لجهود العميل.

(ج) تقرير متى ينتهي العلاج اتساقاً مع تطور الصياغة المعرفية.

٢ - مساعدة العميل على التركيز على مشكلاته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه.

(أ) العميل يصبح معالجا لنفسه.

(ب) تقليل الارتداد والانتكاس: وضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.

شكل (١٥) أهداف المعالج: مرحلة إنهاء العلاج.

وفي مرحلة بداية العلاج والمرحلة المتوسطة سوف يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتي تم إنجازها من العمل. وفي المرحلة التالية (إنهاء العلاج) تتحرك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع العميل على العمل مستقلاً. وهذان التصوران من التثبيت واستقلالية العميل، يولدان أهداف المعالج التي تشكل محتوى الموضوعات التي تم طرحها سابقاً في بداية هذا الفصل، والتي قدمت في شكل (١٢). والآن سوف ننظر إلى كل هدف من هذه الأهداف.

[١] العلاقة العلاجية التشاركية [التعاونية]:

(أ) إعداد العميل وتهيئته لإنهاء العلاج:

تبدأ عملية إعداد العميل لإنهاء العلاج مبكراً في عملية العلاج المعرفي السلوكي المختصر، قد تجد من المساعد أن تذكر نفسك بالخصائص الجوهرية للعلاج المعرفي السلوكي في الفصل الثاني. ويشجع العميل لأن يأخذ دوراً نشطاً في العلاج داخل كل جلسة وأن يعمل على مهام معينة خارج الجلسات، وذلك يسهل التخطيط للعملية العلاجية وأيضاً التخطيط لإنهاء العلاج. ويعمل كل من العميل والمعالج معاً في كل خطوة من خطوات العلاج، ويعطى المعالج مؤشرات مبكرة عن المدة المقدرة لاستمرار العلاج لإعداد العميل لإنهاء العلاج ويذكره أيضاً بالمدة المتبقية من العلاج في مواضع متفرقة

أثناء العملية العلاجية. والعلاج المعرفى السلوكى المختصر وفقاً لتعريفه فإنه لا يتعامل مع كل المشكلات التي يمكن أن توجد لدى العميل، لكنه يركز على أهداف العميل المهمة. وبالعامل بشكل فعال وكفاء على عدد قليل من المشكلات، سوف يتعلم العميل مهارات جديدة يمكن أن يتم تطبيقها على مواقف ومشكلات أخرى. وبالتالي لبعض العملاء، فإن العمل على مستوى الأفكار الآلية سوف يؤدي إلى تغيير كاف يمكن من إنهاء العلاج، وآخرون يحتاجون إلى العمل على مستوى المعتقدات الأساسية، وسوف تؤدي المعتقدات الجديدة إلى تغيير بقية المناطق في حياة العميل. والتلخيص، والعائد بالنسبة لكل من المعالج والعميل يعتبر مفيداً أيضاً في تحديد ما تم إنجازه، وتحديد ما الأهداف التي تحتاج إلى مزيد من العمل. وفي كل الأحوال يقوم العميل بتدوين النقاط البارزة أثناء العملية العلاجية في مذكرة ملاحظاته العلاجية.

(ب) التفكير في قضية الاعتمادية:

افترض تراور Trower وآخرون (1988) أن العميل قد يكون لديه نوعان رئيسيين من القلق حول إنهاء العلاج الأول: أنه لن يتمكن من أن يصبح معالجا لنفسه، وأن يقوم بتطبيق العلاج المعرفى السلوكى على نفسه، والثاني أن العملاء يحتاجون إلى الدعم الانفعالي والوجداني من المعالج. ولو ظهرت كل المعتقدات فيمكن اختبارها ومناقشتها بالطريقة نفسها كما تم مع المعتقدات غير المساعدة بالأسلوب السابق نفسه في فصول سابقة.

المعالج: هل لديك أى قلق حول إنهاء جلساتنا معاً؟

العميل: نعم. أشعر بقلق شديد، لست واثقاً من أنى أستطيع مواجهة ذلك.

المعالج: ما الأفكار التي تجول بخاطرك عندما نتحدث عن إنهاء العلاج؟

العميل: فقط أنني لا أستطيع مواجهة ذلك دون مساعدتك. فلا أستطيع أن أتعايش مع كوني مريض ثانية.

المعالج: ذلك يشبه المعتقدات غير المساعدة وتوقع غير مساعد دعنا نرى ما إذا كان هناك دليل على ذلك ودعنا نقيمه.

العميل: ربما أكون متشائماً، لكن الأمور تسير بشكل جيد مع العلاج برغم هبوطها وارتقاعها وأشعر أنني أصبحت فى موضع ما. ولا أستطيع إيقافها لو أصبحت مضطرباً مرة أخرى.

المعالج: دعنا نرى كيف واجهت ذلك أثناء العلاج عندما ظهرت عقبات ليراجع المعالج والعميل بعض المواقف والأمثلة التى ظهرت فيها أفكار آلية غير مساعدة واستجاب لها "توم" بتوليد بدائل إيجابية باستخدام نموذج الأفكار السلبية، الذى يمكنه من رؤية أنه قادر على مساعدة نفسه ليشعر بالتحسن.

العميل: أفترض أنى أعرف كيف أعالج مشكلاتى وأدرك أنى قد مررت ببعض الأوقات الصعبة، لكن إذا كتبت شيئاً فى هذا النموذج وأعدت قراءة مذكراتى العلاجية فذلك سوف يساعدنى ومن المحتمل أن أستطيع التعايش ومواجهة الأفكار السلبية عندما تصبح الأمور صعبة.

[2] نموذج العملية المعرفية:

(أ) يلخص العميل ما تعلمه، وفهمه، والأساليب والأدوات الملائمة:

بنهاية المرحلة الأخيرة للعلاج، سيصبح العميل بارعاً فى النموذج المعرفى بحيث، يمكنه أن يفهم مشكلاته داخل إطار عمله، كما يستطيع تطبيق بعض الأساليب واستخدام بعض الأدوات لحل هذه المشكلات. وهذا المدى الواسع من الأساليب والأدوات التى قد يحتاجها العميل ويستطيع تطبيقها سوف تختلف وتتوسع اعتماداً على بعض العوامل، مثل نمط مشكلات العميل وحجمها، ولأى مدة يعانى منها، ومدى عمق العمل المطلوب لها (مثل مستوى

الأفكار الآلية، أو المعتقدات الوسيطة، أو المحورية)، ومتغيرات وعوامل الشخصية، ودرجة فهمه العام، والذكاء، والاستبصار، وما إلى ذلك؛ ومن غير المحتمل إلى حد كبير أنه يكون ضرورياً أن يكون العميل على الفة بكل الأساليب أو أن يجدها مساعدة، ومن الأفضل له أن يكون واثقاً في استخدامه لعدد قليل منها، والتي قام بالفعل بتطبيقها على مشكلاته ووجدها مساعدة له، وبطبيعة الحال فإن بعض الأدوات التي تتضمن الخصائص والقواعد الأولية للنموذج المعرفي مثل أشكال التفكير ونماذجه، فسوف تكون ضرورية لكل العملاء تقريباً. ويحتاج المنحى إلى توفيق إبداعي مع العملاء الذين يعانون من مشكلات وصعوبات في الكتابة. (انظر: الفصل السابع).

وتم الإشارة إلى عملية التلخيص في مواقع متفرقة من هذا الكتاب، كتلخيص المعالج لحدث ما أشار إليه العميل في العلاج، واستخدام بعض كلمات العميل، أو جملة الخاصة عندما تكون ذات دلالة، والتلخيص أو الملخصات هو ذو معنى مهم في تثبيت المواد وتقوية الأفكار والتصورات. ورائنا أيضاً في الفصول السابقة أن العميل يُشجع على استخدام الملخصات فمثلاً عندما يقوم المعالج بتقديم تصور أو مفهوم علاجي جديد، يُطلب من العميل أن يلخص ما قاله المعالج حتى يتم التأكد من أنه قد اكتشف المعنى الذي يقصده المعالج بوضوح، ويُطلب منه كذلك وشكل معتاد أن يقوم بتدوين ملخصات في مذكرة ملاحظاته العلاجية ويقوم بتلخيص محتوى الجلسة بعد نهايتها. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدد من الأدوات والأساليب تطلب من العميل تلخيص ما تم تعلمه، مثلاً نموذج الأفكار الآلية، هو أداة مهمة في تعويد العميل ببساطة على تلخيص نوبة إنفعالية، وكما يفمل أسلوب المقارنة بالآخرين الذي تم تقديمه في الفصل الخامس. ولاحقاً في هذا الفصل ذكرنا أسلوباً يسهل للعميل أن يلخص بشكل تخيلي، العناصر الأساسية التي تتعلق بمشكلاته. وعندما يثق المعالج بشكل جيد أن العميل لديه معرفة كافية

بالعمل من خلال التمدوج المعرفي، وأنه لديه القدرة على أن يطبق ذلك على مشكلاته دون تدخل من المعالج أو اعتماداً عليه سيقوم بتخطيط لجلسة حيث يفترض عدداً من الصعوبات المحتملة التي تتسق مع أهدافه العلاجية ويعمل عليها خلال الجلسة.

(ب) المعالج يمزج القيمة لجهودات العميل:

وفقاً لما ورد مسبقاً تبين أن العلاج المعرفي السلوكي يشمل عدداً من المكونات السلوكية، ويستخدم الأساليب السلوكية التي تتسق مع النموذج المعرفي العلاجي (Beck et al, 1978) كما تم شرحه سابقاً.

ويستخدم المعالج بشكل متناغم الدعم الإيجابي positive reinforcement (Skinner, 1953) في سياق العلاج المعرفي السلوكي، بأن يثني على العميل عند إنجاز أي مكاسب، مهما كانت صغيرة، وتشمل هذه المكاسب التغيير في فهم العميل لمشكلاته وصياغتها بصورة معرفية. وبهذا الإطراء، لا نعني الإفراء، أو المبالغة في استجابة المعالج التي يمكن أن تدرك على أنها مصطنعة، وليست صداقة لكن التقدير والثناء الحقيقي لتقدم العميل. وفي مرحلة نهاية العلاج تكون هذه التقديرات متصاحبة. ويلخص المعالج للعميل المكاسب التي يعتقد أنه حصلها وأنجزها، وتعطي معرفة على الجهود التي تشارك فيها. وهذا التلخيص من قبل المعالج سوف يتبع قدرة العميل على عدم تحاشي أي أدوات، أو مواد يود أن يحضرها ويناقشها داخل الجلسة.

توم: في الماضي شعرت أن حياتي قد تغيرت للأفضل. وكنت سعيداً جداً وأكثر هدوءاً خلال الأسبوع الماضي.

المعالج: أنا مسرور لسماع ذلك يا توم، ماذا تعتقد أنه السبب في شعورك بأنك كنت أسعد وأهدأ خلال هذا الأسبوع.

توم: حسناً، لقد نجحت في تحديد بعض الأفكار غير المساعدة ونجحت كذلك في تحديدها عندما ظهرت وكنيت أكثر فعالية في عدم تحطيم نفسى عندما تبدأ بعض المواقف في الظهور بينى وبين "كاس". وبدأت التعود على المشى، أو القيام ببعض الأعمال المنزلية.

المعالج: هل تعتقد أن الطريقة التى اتبعتها خلال هذا الأسبوع دفعتك لتتصرف بشكل مختلف عن طريق تغيير سلوكك والتركيز على تنفيذ أفكارك السلبية غير المساعدة؟

توم: نعم. اعتقد ذلك.

المعالج: ماذا يعنى ذلك لك من حيث التقدم والتحسن الذى أنجزته؟

توم: حسناً، سابقاً لم اكن أفكر قبل أن أتصرف وذلك كان يوقنى في مشكلات كثيرة، وكنيت أجعل أفكارى تقودنى، أما الآن فأنا قد غيرت ذلك وبدأت فى الشعور بأنى أفضل.

ج) قرر متى ينتهى العلاج اتساقاً مع تطور الصياغة المعرفية لحالتك:

فى بداية هذا الفصل أكدنا أهمية أن يكون العميل واعياً منذ بداية العلاج بمبدأ القصور وتركيزه على أهداف معينة وأن يتم تذكره أثناء مسار العلاج عن الوقت المحتمل أن ينتهى فيه. وهذا الإبلاغ للعميل أن العلاج هو عملية مخططة يقدم للعميل طبيعة العلاج أو النموذج المعرفى إضافة إلى أن العلاج هو عملية مقصودة ومخططة. ولى ذلك أن العلاج سوف ينتهى عندما تكون هناك فائدة وتحسن، وتم فهمه جيداً، وتم تطبيقه على مشكلات العميل، وتم الموافقة على الأهداف بشكل تعاونى بين المعالج والعميل منذ البداية. وأياً كان فإن بعض العملاء يتمنون امتداد العلاج بعد هذه النقطة وأن يقوم المعالج بتطبيقه على دائرة أوسع من المشكلات؛ ولو حدث ذلك، فقد يكون المعالج قد قام بتقدير أقل لحجم المشكلات الخاصة بالعميل وعمقها، أن قبوله

للعلاج المعرفى السلوكى المختصر كان غير مناسب. وفى هذه الحالة قد يكون من المفيد أن يتم قبول العميل لعلاج سلوكى طويل المدى (وذلك قد يمثل صعوبة للعميل فى حالة ما إذا كان يقوم بدفع تكاليف العلاج على نفقته الخاصة).

د) استكشف معوقات إنهاء العلاج:

يفهم هذا الجزء فى ضوء ارتباطه بم أ ب، ٢ ج .. حيث يبدو العميل مقاوماً لإنهاء العلاج ويظهر بعض الانفعالات مثل الحزن، أو الغضب، أو أن يكون ثرثاراً حول نهاية العلاج، ويعتبر ذلك من أفضل وسائل اكتشاف مدى مقاومته لإنهاء العلاج، ويمكن العمل على هذه المقاومة بجعل العميل يكتشف أفكاره الآلية حول نهاية العلاج، اعتماداً على ما تم إنجازه من عمل معه، وقد تكون هذه الأفكار متسقة مع بعض المعتقدات السلبية الأساسية التى تم التركيز عليها فى جلسات سابقة، وسواء أكان العمل على مستوى الأفكار الآلية أم على مستوى المعتقدات الوسيطة، أو المعتقدات المحورية فهو لن يختلف عما تم وصفه فى فصول سابقة.

[٣] ساعد العميل فى التركيز على مشكلاته داخل العلاج وخارجه:

أ) العميل يصبح معالجا لذاته:

يعتبر تشجيع العميل على استدماج عملية التركيز على مشكلاته داخله، يعد أحد التصورات والمبادئ المهمة للغاية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وهذا ما قد فهمناه وركزنا عليه فى مواضع عديدة فى هذا السياق. ومنح السلطة للعميل بهذه الطريقة، هو أحد مبادئ العلاج التى لا تُترك حتى المرحلة النهائية إنما يتم البدء فيها فى أقرب فرصة قدر الإمكان، وذلك مهم فى أن يتلقى العميل الدعم عند قيامه بتقييم مهاراته كمعالج ذاتى

self-therapist، وهنا يكون قد تم تحديد مشكلات العميل بشكل جيد، وكذلك على المدى القصير جداً للعلاج، وقد لا يكون هناك وقتاً متاحاً للعميل لتنمية كل مهاراته. وفي مثل هذه الظروف قد يوصى المعالج باستخدام وسائل المساعدة الذاتية self-help (Ruddell & Curwen, 1997)، وقد تستمد صيغ جماعات المساعدة الذاتية وأساليبها من أحد المصادر مثل Mind over Mood: A cognitive therapy treatment manual for clients (Greenberger & Paderky, 1995) أو Feeling Good Handbook (Burns, 1989). ووصولاً للمرحلة النهائية من العلاج يكون أقصى مدى من المسؤولية قد ألقى على عاتق العميل لذلك فعندما يأتي العلاج لنهايتها يكون العميل معداً بشكل أفضل للعمل مستقلاً مع صعوبات إضافية في حالة ظهورها.

ب) التعليم حول الارتداد والانتكاس: طور خطة أفعال وتدخلات لمواجهة مشكلات محتملة:

تم مناقشة الارتداد والانتكاس في الفصل الخامس، وتبدأ عملية مناقشة، والعمل على تقليل الانتكاس في المرحلة الوسطى من العلاج وتستمر حتى المرحلة النهائية، حيث تصبح أكثر حسماً وأهمية في هذه المرحلة، وأياً كان، فإن وضع المبادئ والقواعد في مرحلة بداية العلاج يؤدي إلى نجاح العمل في المرحلة النهائية، وتكون التدخلات أكثر فاعلية، وفي مرحلة بداية العلاج، يتم إرشاد العميل وتوجيهه إلى أن يتبنى دوراً نشطاً في العملية العلاجية، وفي المرحلة النهائية يتم تشجيعه على تطوير خطة عمل يمكن أن يستخدمها بشكل فعال لو ظهرت أي مشكلات بعد انتهاء العلاج، وتبعاً لطبيعة امتداد مشكلات العميل وعمقها، فقد يكون من المفيد غالباً الترتيب لعدد من جلسات المتابعة على مدى فترات ثلاث، ست، وأثنى عشر شهراً، والهدف من ذلك، هو أن يقوم المعالج مع العميل بفحص مدى نجاحه في التركيز على علاجه الذاتي. ويكون الترتيب لكل جلسة مهماً لبعض العملاء منذ الجلسة قبل النهائية أو قبل الأخيرة وأن يشمر العميل أن المساعدة متاحة لو

احتاج لها. وكما ذكرنا فإن البدء في خطة العمل للتعامل مع المشكلات المحتملة يبدأ في الجلسة قبل الأخيرة، ويركز العميل عليها على أنها واجب منزلي يجهزه للجلسة النهائية حيث يتم مناقشتها مع العميل وتقديم المساعدة له إذا كان ضرورياً.

ولمساعدة العميل في تطوير هذه الخطة يتم عرض صيغة التحضير للتوقف ويتم إكمال الجدول كما في شكل (١٦) ويتم إكمال الصيغة بشكل جزئي بين الجلسة قبل النهائية والنهائية كواجب منزلي، والمغزى من عمود (ماذا يمكن أن أفعل) في الجدول هو مساعدة العميل على أن يقوم بعمل واحد أو أكثر من الأشياء التي فعلها مسبقاً خلال فترة العلاج. وكما تم تسجيله في مذكرة ملاحظاته العلاجية، وكذلك واجباته المنزلية، وأياً ما كان الأمر، فإنه يقوم بتسجيل حل معين لمشكلة محتملة، وفائدة خطة العمل ليس فقط إنتاج الحلول لكنه كذلك يساعده وبشكل فعال في تحديد المشكلات المحتملة المستقبلية.

وفي الجلسة النهائية يوضع بند التحضير لتوقف العلاج كبنء رئيس في جدول الأعمال ويتم مناقشته جيداً مع العميل، ومن المفيد بعد ذلك أن يقوم العميل بتسميع خطة العمل واستحضارها على مستوى التخيل. ولتحقيق ذلك يقوم المعالج بالحديث مع العميل عن حالة الاسترخاء العضلي والعقلي، واستخدام إجراءات معينة قد تم وصفها في الفصل السابع، ويطلب من العميل عمل صورة بكل العملية العلاجية منذ بدايتها لمشكلة ما أو موقف ما حتى اتخاذه للحل المناسب، كما تم في جلسة التحضير للتوقف. ومن المهم أن يتم تخيل العملية العلاجية كاملة وإكمال صورة ناجحة من خطة العمل.

السوقاء المحتملة	استجابتي غير المساعدة	ماذا يمكن أن أفعل - استجابة مساعدة
خلال الشهر الأول		
خلال ثلاث شهور		
خلال ستة شهور		
خلال سنة		

شكل (١٦) صيغة التخطيط لتوقف.

الفصل السابع

أساليب
واستراتيجيات إضافية

الفصل السابع أساليب واستراتيجيات إضافية

Additional Strategies and Techniques

قدمنا في الفصول السابقة عدداً من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن تستخدم في مختلف مراحل عملية العلاج، وأيا ما كان الأمر، فتحن لم تكن مهتمين بتضمين العديد من التدخلات التي يمكن أن تؤدي إلى عدم الوضوح في العملية العلاجية التي أردنا أن نرسمها بشكل جيد وحاسم. وفي هذا الفصل تم تضمين عدد من الاستراتيجيات والأساليب، والتدخلات التي وجدنا أنها بشكل خاص. ملائمة وفعالة عند ممارسة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ونحن لا نعتبر بعض الأساليب مثل الاسترخاء، أن يكون أسلوباً رائعاً، وممتازاً في حالة ما إذا كانت هذه الأساليب غير ضرورية، ولا تساعد العميل بشكل مباشر في فحص عمليات التفكير لديه. ومهما يكن فعند الممارسة العلاجية المختصرة، في الوقت، أو عدد الجلسات، أو طول الجلسة، فإنه يوصى في هذا النوع من العلاج بإتباع المنهج العملي والأساليب المناسبة التي تساعد العميل على التعامل مع مشكلاته الراهنة أو صعوباته وحتى لو كانت هذه الأساليب ليست ممتازة لكنها تظل خياراً متاحاً. وتم تقسيم الفصل إلى ثلاثة أقسام من الأساليب:

• المعرفي / التخيلي.

• السلوكي.

• الاسترخاء.

ويجب أن تستخدم هذه الأساليب على أنها جزء من الصياغة المعرفية ولا تكون منعزلة. وهي مناسبة لدى من المشكلات والاضطرابات؛ وعلى أية حال، فإن بعض الأساليب مثل التخيل العقلاني الانفعالي rational- emotive imagery يمكن أن يكون مفجراً لمستوى مرتفع من القلق لدى بعض العملاء، ويجب

اتخاذ الحيلة القصوى عند استخدام أنماط هذه الأساليب لو مكان العميل لديه بعض الظروف أو الشروط التالية:

- نوبة الربو التي تفجر عن طريق الضغوط/ والقلق.
- أى نوبة مرضية تنشط بالضغوط/ والقلق.
- النوبات القلبية أو أى ظروف طبية أخرى.
- الاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية.
- الهستيريا.
- الاضطرابات والأمراض الطبية النفسية الحادة.

وكما يشير العلاج المعرفى السلوكى فإن تطبيق استراتيجيات وأساليب لا تؤدي إلى تفجر مستويات مرتفعة من القلق، مثل تدريبات الاسترخاء أو التخيل التكيفى يجب أن تعتبر مناسبة. وفى هذه الحالة فإنه يوصى بأن يتواصل المعالج مع الطبيب النفسى الذى يشاركه فى علاج العميل عند النظر إلى تدخلات معينة.

أساليب التأكيد المعرفى Cognitive / imagery techniques:

• التخيل المضاد لصدمة المستقبل Anti Future Imagery:

تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة لازاروس Lazarus (1984) لمساعدة العملاء على التعامل مع أحداث وتغيرات الحياة المستقبلية، من قبيل موت الشريك، أو أحد الوالدين، أو التقاعد. وعلى الفرد أن يتخيل نفسه بأنه يتكيف ويواجه مختلف التصورات التى يخافها عن أحداث المستقبل. وعلى سبيل المثال، كانت "جين" قلقة إزاء مدى تكيفها فى عملها عندما يتم تغيير مكان العمل، فهى لم ترد الانتقال إلى مكان آخر داخل البلد، وهنا إذا ظلت موجودة فى لندن فسوف تتكون زائدة عن الحاجة فى العمل، وهى تحاول

الدخول في التدريب، ناقشت "جين" مع المعالج طرقاً محتملة للتعامل مع المشكلة حينما تظهر الوظيفة المحتومة. ويتطلب ذلك عمل مفاكرة Brain storming لعدد من استراتيجيات التوافق التي يمكن أن تستخدمها، وهنا يطلب المعالج من "جين" أن تتصور نفسها بأنها تتكيف مع الأحداث المخيفة لها بتطبيق استراتيجيات التوافق التي تم مناقشتها سابقاً، وهذا الإجراء يساعد "جين" على تقليل ما تشعر به من سوء، وأن ترى النتائج المحتملة وتستطيع أن ترى أنه باقتراب الوقت سوف تكون في موضع يجب فيه أن تبحث عن وظيفة أخرى. وفي الواقع فقد اقتضت خلال هذه العملية بأنها باستطاعتها أن تبدأ في البحث عن وظيفة في الحال بالرغم من أنها سوف تفقد مالها الوفير لو تركت وظيفتها مبكراً. ووجدت أن هذا التدريب يقوى الفكرة التي مضمونها أنها "شعرت بأنها قد سيطرت على الموقف مرة ثانية". ويمكن أن يستخدم هذا الأسلوب في التقليل من احتمالات الارتداد الوقتي، أو الانتكاس في المرحلة النهائية من العلاج لمساعدة العميل في التصدي لمشكلات المستقبل غير المتوقعة.

. العلاج التنفيري Aversive therapy:

وهي هذا الأسلوب ترتبط صورة تخيلية غير سارة مع منبهات تفجر استجابة غير مرغوبة (Cautela, ١٩٦٧)، وذلك يساعد العميل في التقليل أو إيقاف تكرار المرات التي تصدر فيها الاستجابة غير المرغوبة، وقد أعطى ميلنر وبالم (Milner & Palmer ١٩٩٨)، مثالين يمكن أن يستخدم فيهما هذا الأسلوب: عندما يخضع عميل لبرنامج لإيقاف التدخين، يتم تقديم سيجارة من صديق ويقوم في الحال بتصوير شكل تكون القطران داخل الرئة، وقد يقلل ذلك من احتمال قبول السيجارة؛ والمثال الآخر في حالة مريضة تخضع لبرنامج للحفاظ على الوزن فيمكن أن تتخيل شخص ما لا تحبه يتقيأ على الطعام الذي تأكله. ويتفاوض المعالج مع العميل حول الصورة الأكثر مناسبة التي ربما

تساعده في تقليل السلوك غير المرغوب. ويفضل للعميل أن يستخدم أو يختار الصورة غير السارة. ويدرب المعالج العميل خلال الجلسة أن يتصور الصورة السلبية بشكل حتى قدر الإمكان، وتبعاً لتأثير العادة والتعود لو استمرت تخيلات وتصورات العميل السلبية لفترة زمنية طويلة، فإن اشتمزازه قد يخبو، لذلك فنحن نوصي أن يُعطى العميل تعليمات يالاً يستخدم التخيل البصري لمدة أطول من خمس دقائق يومياً.

. العلاج بالقراءة Bibliotherapy :

يعتبر العلاج بالقراءة هو مفتاح التدخلات في العلاج المعرفى السلوكى المختصر، ويشمل استخدام العميل مواد تتصل بالمساعدة الذاتية، مثل الكتب، والشرائط السمعية، والشرائط التلفزيونية، والأسطوانات المدمجة، والكراسات، حسب اقتراحات المعالج، وذلك يمكن أن يساعد العميل على فهم طبيعة مشكلاته الخاصة وكيفية التعامل معها. وتركز مواد المساعدة الذاتية على كيفية استخدام العلاج المعرفى السلوكى لهذه الأدوات في علاج القلق، والاكئاب بكفاءة. (Burns, 198, 1989)، كما يمكنه قراءة نصوص أدبية كواجبات ومهام منزلية بين الجلسات. ومن المهم للمعالج أن يتناول أى قضية أو أى سوء فهم قد يظهر خلال الواجب المنزلى ويتم مناقشته في الجلسة التالية. وإحدى الفوائد لهذا النوع من التدخلات هو أنه يكون متوافقاً لموقف وإمكانات العميل. ووجد كل من ميلنر وبالمير Milner & Palmer (1998) أن العملاء الذين يعانون من صعوبات في القراءة يمكن أن يستخدموا الشرائط المسجلة، أو الشرائط التلفزيونية، بدلاً من المواد المكتوبة ومهما يكن، فالمعالج يحتاج إلى أن يكون لديه مكتبة عن مواد المساعدة الذاتية مثل الكتب، والمواد المتعلقة بالصحة، وشرائط التسجيل المسموعة والمصورة، رخيصة الثمن، حيث يمكن للعميل أن يستعيرها أو يشتريها.

عبارات التصدي للمشكلات :Collapsed Coping Statements

عندما يقوم العميل بتطوير بعض جمل المواجهة المساعدة، فهو يكون مستعداً دائماً لمواجهة مشكلاته، ولو كانت هذه العبارات طويلة يصعب تذكرها عندما يواجه العميل ضغوطاً ما، أو عندما يشعر بالقلق، وهناك معتقدات إيجابية مساعدة تكون في حاجة لأن تكون قصيرة ويفضل أن تكون العبارة هنا مكونة من كلمة أو كلمتين، حيث تحمل معنى شخصياً للعميل وسهولة التذكر في الوقت نفسه، فمثلاً: كانت "سارة" قلقة بشأن إعطاء عائد لزملائها عن قضية تسلمتها وكان معتقدها "لو لم أخط بقبول الآخرين وتقديرهم فأنا عديمة الفائدة ولا أمل مني" والمعتقد الإيجابي الذي توصلت إليه هي والمعالج كان "برغم أني أحب استحسان الآخرين ورضاهم فإنني لا أحتاجه، وذلك لا يعنى أني عديمة الفائدة"، وهنا شعرت "سارة" بالارتياح بتوصلها للمعتقد الإيجابي ويطلب منها المعالج بعد ذلك أن تقوم بتنفيذ هذه العبارة واختصارها بحيث تحتفظ بمضمون الرسالة الأساسية داخل عقلها، وبهذه الطريقة تصبح العملية شديدة الخصوصية حيث يُسمح للعميل أن يفكر في عبارات قوية ومؤثرة ذاتياً دون وجود عناصر ومكونات كثيرة، وفي هذا المثال اقترحت "سارة" كلمة جازمة ذات دلالة شخصية لها حيث يمكنها تذكرها في أى وقت. ومن المهم للمعالج أن يفحص مع العميل كيف أن العبارة التي تم تنفيذها قد تساعده في الموقف. وبالنسبة لم "سارة" فقد تم توصيل الرسالة القوية المؤثرة من خلال كلمتين فقط بأنها لا تريد استحسان الآخرين لكي تعيش ولو أن أحد الأعضاء كان مستاءاً خلال الموقف، فإن ذلك سيكون مشكلته هو وليس مشكلتها. واستخدمت "سارة" كمهام بين الجلستين أسلوب التخيل التوافقي لتصور أداءها، ورؤية عدم استحسانها خلال الاجتماع وبالمثل تتخيل أنها تقول وبصوت مرتفع في عقلها الكلمة الجازمة التي اختارتها. لكن قد تم تحذيرها من أن تتلفظ بذلك بصوت عال ولو عن طريق الصدفة في مواقف الحياة الفعلية.

. التخيل المضاد *Coping imagery* :

يسمح هذا الأسلوب للعميل بأن يتخيل نفسه يواجه موقفاً صعباً متوقفاً، ويستخدم في العديد من المواقف فمثلاً: أن يصبح الفرد مؤكداً لذاته مع آخرين مهمين له، واختبارات القيادة، والتحدث أمام جمهور، ومواقف الامتحانات. وفي البداية يتناقش المعالج مع العميل حول أى السلوكيات قد يكون أكثر ملاءمة ويمكن استخدامه في هذا الموقف الخاص (Milner & Palner, ١٩٩٨) . وبمجرد الاتفاق على ذلك يقوم العميل بإغلاق عينيه ويتخيل نفسه في الموقف منذ بدايته حتى نهايته، وهنا تكون المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب، وليس التحكم والتغلب على الموقف، حيث يعتقد العديد من العملاء أنهم لا يمكنهم أن يواجهوا مشكلاتهم حالياً، ولو حدث ذلك، فيجب أن يتعلم كيف أن التوافق مع الشدائد والمحن ومواجهتها هو أكثر واقعية، فمثلاً: العميلة التي تشعر بالقلق تجاه تقديم عرض عن عملها لزملائها في العمل يجب أن تشعر بأنها ستؤدي أداءً جيداً ولكنه ليس رائعاً وممتازاً، ولو كان أحد مخاوفها يتعلق بضعفها في الإجابة عن الأسئلة الصعبة، وستتخيل أن ذلك يحدث لكنها ستجد طريقة ما للتعامل مع الموقف بأن تقوم مثلاً بقول "أنا لست متأكدة من الإجابة عن هذا السؤال المتخصص، وسوف أتصل بك بعد الاجتماع ومعنى الإجابة الصحيحة". وسوف يتدرب العميل بانتظام ويكرر ذلك في صورة مهام منزلية. ولو تحدث المعالج للعميل أثناء التخيل البصري خلال جلسة التدريب كمساعدة له فيمكن تسجيل ذلك على شريط تسجيل ويستخدمه العميل أثناء أداء المهام بين الجلسات.

. أسلوب تحليل المكسب والخسارة *Cost-benefit analysis of benefits* :

يعتبر تحليل المكاسب والفوائد للتخلي عن سلوك أو عادات سلبية، إجراءً مهماً في إطار العلاج السلوكي، إذ يساعد العميل على تقييم ما إذا كانت هناك قيمة ما من الاستمرار في سلوك ما، وفي العلاج المعرفي

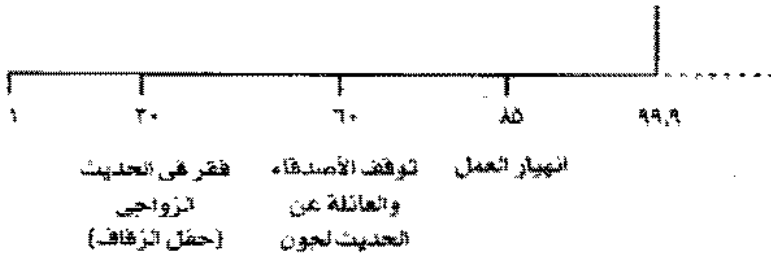
السلوكي يتم التركيز أكثر على الفوائد الخاصة بكل من المعتقدات الإيجابية والسلبية (المساعدة وغير المساعدة). وعندما يتم تحديد المعتقدات غير المساعدة تدون في النموذج (١) (انظر ملحق رقم ٧)، ثم يقوم كل من المعالج والعميل بتدوين الفوائد أو المكاسب، وكذلك الخسارة من هذا المعتقد ثم تطوير معتقد أكثر إيجابية، ويدون أيضاً في نموذج (٢) (انظر ملحق ٨)، وهكذا يتم تكرار العملية مع التركيز على الفوائد والخسارة من المعتقد الإيجابي المساعد الجديد، ويساعد ذلك العميل في إدراك الفائدة من التخلي عن المعتقد غير المساعد، وتقبل الفوائد الإيجابية المساعدة ويمكن استخدام هذه الطريقة مع كل من الأفكار الآلية، وأخطاء التفكير، وكذلك المعتقدات الوسيطة والمحورية. ويجب توفير الوقت الكافي لإكمال النموذج (١)، وفي بعض الحالات قد تكون هناك فوائد كثيرة قد يساعد الاستمرار في التدريب على إظهارها، أو يعكس جانباً من حسنتها، وقد يستمر التدريب في هذا الجزء حتى ثلاثين دقيقة، ولو كان الوقت المتبقى من الجلسة لا يسمح أو غير كافٍ لإكمال الجزء الثاني (النموذج ٢)، فيتم إعطاؤه للعميل على أنه جزء من المهام المنزلية بين الجلسات. ويتم إكماله في الجلسة التالية، ومن المهم في البداية أن يرشد المعالج العميل في كلا النموذجين ليتأكد من مدى فهمه لكيفية استخدامهما، وتبعاً للبساطة، والطبيعة العملية لهذا التدخل، فهو يعتبر ممتازاً بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي المختصر، وعندما يتم تدريب العميل على هذه النماذج جيداً، فيمكنه استخدامها لاحقاً كأحد أدوات المساعدة الذاتية بين الجلسات.

. متصل تقليل الكوارث De-catartrophizing contmuam :

عندما يبدو أن العملاء وبوضوح أنهم يببالغون في النتائج السلبية للأحداث سواء أكانت واقعية، أم مفترضة (إستباقية)، فهم غالباً ما يقعون في أخطاء التفكير مثل المبالغة، والتفكير الثنائي، والكل أو اللاشئ، وذلك بدلاً من

مجرد النظر للنتائج المحتملة على أنها صعوبات نكبتها ليست نهاية العالم، وغالباً ما يستخدمون عبارات من هيل "إنها نهاية العالم"، ذلك سيكون قطيعاً ومروعاً، "مرعب"، "رهيب"، "مريع"، أو ربما يستخدمون كلمات ذات معنى دلالي أو عبارات قصيرة تؤدي المعنى نفسه "تبا" "اللعة". وتقليل الكوارثية هو أسلوب يوضح للعميل أنه بالرغم من أن الأشياء السيئة تحدث إلا أنها نادرة، (ولو حدثت) فهي ليست نهاية العالم مثل الميئ والأسوأ. وباستخدام نموذج متصل قياس السوء *continuum of badness scale form* بمدرج يبدأ من ١ - ٩٩.٩، يُطلب من العميل أن يبين مدى سوء الموقف المتوقع، ويوصى في هذا الصدد بأن يستخدم المعالج صفحة من الورق الأبيض الواسع أو سبورة بيضاء لإجراء التدريب (انظر شكل ١٧)، هي حين أن السبورة البيضاء تسمح بأن يكون التعديل أكثر سهولة.

العبث في الشارع مع زوجة



شكل (١٧) مقياس تقدير السوء لحالة جون.

والمقطع التالي من جلسة واقعية علاجية يوضح كيف يقوم المعالج بتقليل كوارثية عميل من خوفه من أن يكون غير جيد، وأن يلقي حديثاً سيئاً في حفل الزفاف.

جون: سوف يكون مروعاً حقاً لو لم ألق حديثاً جيداً لأحد أصدقائي وزملائي القدامى في حفل زواجه. أشعر بقلق شديد حيال ذلك، والآن أفكر في أن أعتذر له ولا أذهب لحفل الزواج.

المعالج: جون، لو شعرت بأنك أقل قلقاً حول إقائك حديث فهل تشعر بتحسن هي أنك تريد الذهاب.

جون: بالطبع.

المعالج: لو استطعت أن أريك أن ذلك لن يكون مروعاً لو أنك ألقيت حديثاً متوسطاً أو حتى دون المتوسط فهل تشعر أنك بذلك بتحسن.

جون: أعتقد ذلك لكن لا أعرف كيف تستطيع مساعدتي.

المعالج: هل تحب أن تستكشف هذه القضية بشكل أكثر تفصيلاً؟

جون: جيد، فهي تستحق المحاولة.

المعالج: عندما تشعر بأنك حقاً قلقاً من إلقاء حديثه فعلى مقياس من ١ -

٩٩.٩ حيث ٩٩.٩ هي منتهى السوء، فماذا تعلمي وتقدر مدى السوء من

ذلك؟

جون: سيكون ٩٩.٩ ليقوم المعالج برسم خط على مقياس السوء لكي يمثل

مدى سوء الحديث.

المعالج: أفضل أن ألقت انتباهك بشكل منطقي أنك هي هذه اللحظة حيث

تكون قلقاً تماماً فأنت تعتقد أنه لا يوجد شيء ما أسوأ يمكن أن

يحدث لك حيث أنك سجلت ٩٩.٩

جون: همم. أعتقد ذلك.

المعالج: فكر فقط في اللحظة الراهنة، هل يمكن أن يحدث شيء أسوأ؟

جون: لو لم أتحدث بشكل جيد فقد لا يكلمني صديقي أو أهله مرة ثانية.

المعالج: دعنا نفترض أن ذلك حدث، فكيف ستضعه على مقياس من ١ -

٩٩.٩ من السوء؟

جون: هي نهاية المتصل مرة ثانية (١٠٠) .

المعالج: لكن جون، أنا قلت سابقاً أن

جون: أعلم ما ستقوله، إنك لا تستطيع أن تذهب أكثر من ٩٩.٩، وأن عدم كلامهم معي يجب أن يكون أيضاً ٩٩.٩ المعالج يضيف هذه الدرجة للمقياس).

المعالج: جيد، تبدو وكأنك بدأت تعرف هذا الأسلوب. دعنا نفترض أنهم لن يتكلموا معك ثانية، ما يمكن أن يحدث أيضاً أسوأ من ذلك؟

جون: أنا لم أخبرك أنه شريكى فى العمل لو توقفتنا عن الكلام سوف ينهار العمل؟

المعالج: كيف يكون ذلك سيئاً وإلى أى درجة؟

جون: ٩٩.٩ لأضاف المعالج هذه الدرجة للمتصل).

المعالج: لو إنهار عملك فما هى النتائج المتوقعة؟

جون: أنا وزوجتى يمكن أن نعيش فى الشارع وذلك سيكون مروع للغاية، ٢٠٠ على المقياس أو أكثر.

المعالج: على مقياس من ١ - ٩٩.٩ يمكن أن يكون فقط على أقصى درجة ٩٩.٩ ليضيف المعالج هذه الدرجة للمقياس).

جون: بهمهم.

المعالج: هل لاحظت أن كل شئ قمت بإعطائه أعلى درجة فى المقياس. وبالرجوع إلى طريقة تقديرك للأمور فإن إلقاء حديث ضعيف وغير جيد فى حفل زواج يتساوى مع معيشتك أنت وزوجتك بالشارع بلا مأوى. هل لديك أى فكرة عن ذلك؟

جون: أستطيع أن أفهم قصدك، أن تقديري ليس واقعياً، هو فى حاجة لإعادة التقدير.

المعالج: أوافقك، دعنا نقوم بعمل واحد آخر، لو تركنا العيش مع زوجتك في الشارع في خانة ٩٩.٩ فهنا نكفم ستقدر انهيار عمالك؟

جون: حوالي ٨٥ المعالج يضيف هذه الدرجة الجديدة للقياس.

المعالج: ماذا عن صديقك وعائلته الذين لن يتكلموا معك ثانية؟

جون: أفترض أنها فقط تكون حوالي ٦٠ .

المعالج: وأن تلقى حديثاً سيئاً في حفل الزواج؟

جون: جيد، يمكن أن تكون فقط ٢٠ .

المعالج: ماذا تعتقد حول هدف هذا التمرين ليفحص المعالج مدى فهم العميل لهذا المفهوم الصعب.

جون: عندما أخبر نفسي بأشياء معينة مثل إلقاء حديث سيئ في حفل زواج سيكون ذلك مروعاً، أجعل نفسي قلقاً (أعمل من الحبة قبة) وأعمل جبلاً من حبة رمل. والأشياء يمكن أن تكون سيئة نسبياً لكنها ليست كذلك على الدوام، وعندما أفكر في كل الأشياء التي يمكن أن تكون سيئة في الحياة فذلك سيدفعني إلى التوتر والانزعاج.

المعالج: أوافقك، في الواقع أنك الآن تنظر للموقف بشكل مختلف وذلك قد يجعل تعاملك مع المشكلة مختلفاً.

جون: بدلاً من أن أصبح قلقاً من حماقتي أتحاشى التفكير فيها، وبمساعديك فربما تستطيع أن تناقش محتوى الحديث ثم تنتقل للممل.

المعالج: تبدو فكرة جيدة لي.

ومتصل تقليل الكوارثية يسمح للعميل بإعادة تقدير مدى سوء المواقف واقعياً وأن يقوم بصياغة المشكلة من وجهة نظره، ويكون ذلك مفيداً أيضاً لو كان العميل أكثر ميلاً للتركيز على التعامل مع المشكلة أكثر من كونه قلقاً أو تشاؤمياً ومتماشياً، وأياً كان فإنه ينبغي توخي الحذر عند استخدام

هذا الأسلوب مع قضايا ومشكلات شديدة الخصوصية وجوهرية، مثل موت أحد الوالدين، فقد الشريك عن طريق الانفصال، فقد ينظر العميل للمعالج على أنه غير حساس وغير متعاطف، وغير متفهم لمشكلته، وقد يؤدي ذلك إلى تسريه من العلاج قبل أن يكتمل.

. أسلوب الجزيرة المهجورة Deserted island technique

من المفهوم أنه ليس كل العملاء يعرفون ويدركون كيف يكون تعديل المعتقدات مفيداً، ولا يدركون مدى أهمية التدخلات المعرفية. وقد طور بالمر Palmer (١٩٩٢)، أسلوب "الجزيرة المهجورة" ليوضح للعملاء أن اعتناق معتقدات غير مساعدة بغض النظر عن الأحداث المثيرة، يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع مستوى الاضطراب الانفعالي وتفجر الانفعالات مثل الغضب، والشعور بالذنب، والقلق، والاكتئاب. وقد وصف بالمر Palmer في جلسة علاجية نموذجية أسلوب الجزيرة المهجورة كما يلي:

المعالج: سوف أعرض لك الآن أسلوب نموذج أ ب ج الخاص بالعلاج المعرفي، فما زلت تبدو غير مقتنعاً بأن أفكارنا ومعتقداتنا ومبادئنا واتجاهاتنا تعزى إلى كيفية شعورنا بالأحداث الضاغطة ولو كان ذلك واضحاً لك فهل يمكنني قضاء دقائق قليلة أوضح لك كيف تعمل هذه العملية؟

العميل: جيد .

المعالج: (وجدت من المناسب لو ابتعدنا عن مشكلة العميل لتوضح تأثير أفكارنا على ما نشعر به). دعنا على سبيل المثال نفترض أنك تُركت في جزيرة مهجورة، ولديك كل احتياجاتك مثلاً، كل التجهيزات والطعام ولكن ما لا تملكه على كل الجزيرة هو أنه لا يوجد لك أي أصدقاء، تخيل أنك سكنت على هذه الجزيرة ولديك معتقد مفاده "أنا

أفضل أن يكون لدى أصدقاء على هذه الجزيرة معى لكنى لا أملك
أن يكون لدى واحداً فماذا سيكتون شعورك تجاه موقفك؟

العميل: أفترض أنى سأكون منشغلاً بأنى ليس لدى أحداً أشاركه فى هذا.

المعالج: الآن دعنا نفترض أنك على الجزيرة نفسها لكن هذه المرة سيكون
لديك معتقد مفاده "أنا يجب، ويجب حقاً أن يكون لدى أصدقاء على
الجزيرة". فكيف ستشعر هذه المرة؟

العميل: (بههمهم)، قلماً تماماً.

المعالج: دعنا نبقى مع هذا لدقيقة، تخيل فقط أن طائرة تحلق ويقفز منها
صديق لك ويهبط بطيناً نحو الجزيرة المهجورة، الآن تخيل أنك ما زلت
تعتقد المعتقد "أنا يجب، يجب بالفعل أن يكون لى صديقاً على
الجزيرة". فماذا ستشعر؟

العميل: مرتاح تماماً.

المعالج: دعنا نتخيل بعد فترة من الوقت أنك ما زلت تعتقد المعتقد "أنا يجب،
يجب حقاً أن يكون لى صديق على هذه الجزيرة"، ولا تنسى أنك
لديك صديق على الجزيرة معك فهل يمكن أن تتباً بأن أمراً ما
سيحدث، ويمكن أن تصبح محيطاً من جديد؟

العميل: أفترض أن صديقى سوف يرحل.

المعالج: حتى لو كان صديقك معك على الجزيرة نفسها، فبعد فترة من الوقت
قربما يعود إليك قلقك خاصة وأنتك تخاف أن يرحل صديقك؟

العميل: نعم.

المعالج: أنا أسأل عن كيف سيكون سلوكك؟

العميل: سوف أكون قلماً فقط فى حالة ما إذا كان راحلاً وتمسكاً به.

المعالج: وهل هذا يساعد علاقتكما؟

العميل: أشك في ذلك، وسيفضل الرحيل إذا أتاحت الفرصة.

المعالج: دعنا نغير ذلك ببطء فانتبه، فأنت لا زلت على الجزيرة نفسها، وصديقك معك، وفي هذه المرة لديك المعتقد "أنا حقاً أفضل أن يكون لي صديق معي على هذه الجزيرة لكن لا أملك أن يكون لدى واحد" فهل ستشعر بالقلق هذه المرة.

العميل: لا.. سوف أشعر بتحسن أكثر.

المعالج: لماذا (المعالج يتفحص مدى فهم العميل للنموذج).

العميل: لأنني لم أصر على أنه يجب أن يكون لدى صديق معي.

المعالج: هل ترى أنني في كل مثال وضعت لك موقفاً مشابهاً؟ وأن الاختلاف الوحيد كان في معتقدك، وأن المعتقدات المختلفة تولد وتستثير انفعالات متباينة الشدة، ومن المحتمل أيضاً أن تؤدي إلى سلوكيات مختلفة. ومعتقد "يجب" يؤدي بك أن تشعر بأنك قلق تماماً في حين أن المعتقد الأكثر مرونة في التفضيل يجعلك تشعر بالانشغال أو الاهتمام فقط.

العميل: نعم.

ومن خلال خبرتنا بأسلوب الجزيرة المهجورة، قد تمكن كثير من العملاء رؤية كيف أن المعتقدات الجامدة والقواعد الصارمة تؤدي إلى مزيد من الاضطراب الانفعالي أكثر من القواعد والمعتقدات المرنة. ويلقى الأسلوب الضوء أيضاً على كيف أن المعتقدات تتدخل بشكل كبير في مستوى إحباط الفرد وليس بالضرورة الموقف نفسه، ويتم توضيح ذلك من خلال سؤال العميل أن يعلق مشكلاته وقتياً ويستخدم مثلاً لا يكون متورطاً به انفعالياً لذلك فيمكنه أن يقف بعيداً عن المشكلة ويمكنه فحص تأثير المعارف على الانفعالات. ومن المهم التأكيد من أن العميل قد فهم النموذج وإلا سيترتب على

عدم فهم العميل لماذا قام المعالج لاحقاً بقضاء وقت في الفحص والتساؤل عن المعتقدات غير المساعدة. ومن الممارسات الجيدة الحصول على عائد من العميل عن طريق الطلب من العميل أن يقوم بشرح المثال السابق، وبمجرد أن يتأكد المعالج من أن العميل فهم النموذج تكون الخطوة التالية، هي تقييم الأفكار الآلية لدى العميل، وكذلك المعتقدات غير المساعدة. وفيما يلي عرض لمقطع من إحدى الجلسات العلاجية بصدد التقييم، ونلاحظ من خلالها عن قرب استخدام الاقتصاد اللفظي verbal economy من المعالج عند تحديد المعتقدات غير المساعدة:

المعالج : قد وافقت على أن أسلوب أو نموذج الجزيرة المهجورة وضع كيف أن القواعد والمعتقدات الجامدة تؤدي إلى مستويات عالية من الضغوط.
العميل : نعم.

المعالج : الآن، لو رجعنا إلى مشكلتك الخاصة بتقديم عرض لمجلس المدراء فماذا تظن أنك ستقول لنفسك لتضيف ضغوطاً على الموقف الصعب أصلاً؟ للمعالج يفحص ويختار القواعد الجامدة والمعتقدات غير المساعدة.

العميل : يجب أن أؤدي أداءً رائعاً.

المعالج : ولو لم تؤد أداءً رائعاً، فماذا ستكون النتائج للمعالج يقيم النتائج المتوقعة.

العميل : سيكون ذلك مزرياً، ومرعباً، ومرزوعاً تماماً [مثال للقبطية، والكوارثية].

المعالج : هل ستستطيع أن تتقبل نفسك كشخص؟ للمعالج يفحص المعتقدات المحورية، والعنونة.

العميل : لا.. سأكون فاشلاً تماماً لمثال على العنونة. يقوم المعالج بعمل ملاحظات حتى يتمكن في نهاية الجلسة من تحديد ما إذا كان تلك معتقدات محورية أم لا .1.

المعالج : كما أخبرت نفسك للمعالج يكتب أ ، ب تفصيلاً على سيورة بيضاء.

أ (تقديم عرض.

ب) يجب أن أقدم عرضاً رائعاً، وإذا لم أقم بذلك سيكون ذلك مروعاً تماماً وسوف أكون فاشلاً كلياً.

ج) قلقاً تماماً.

كيف ستشعر؟

العميل : قلقاً جداً ليكمل المعالج أ ب ج على السيورة انظر فوق).

المعالج : هل سيساعدك ذلك في الأداء؟ المعالج يفحص النتائج السلوكية ويدعم أن السلوك غير مساعد وغير موجه لهدف.

العميل : لا. سأصبح قلقاً فلا أستطيع التفكير أو التحدث بشكل جيد.

المعالج : هل تعتقد أنه من المناسب أن تفحص المعارف مشوشة الهدف كما

سميتها Task interfering cognitions (TICs) وربما تعديها إلى المعارف

الموجهة لهدف Task oriented cognitions (TOCs) لتساعدك في تقليل

القلق، وتبقى مركزاً على المهمة وربما تؤدي جيداً؟

العميل: تبدو فكرة عظيمة بالنسبة لي.

ومن المهم ألا نضع من خلال الحديث الاستعاري Metaphorically speaking

الكلمات في فم العميل، لكن نساعد من خلاله على استكشاف أخطاء

التفكير التي يقع فيها عندما يكون مضطرباً انفعالياً. واستخدام الاقتصاد

اللفظي من خلال التساؤلات القصيرة، والأسئلة الاستفسارية، يساعد في

تركيز بؤرة تفكير العميل ويجنب المعالج إخبار العميل كيف يفكر، وتساعد هذه الطريقة أيضاً العميل الذي يواجه صعوبة في تحديد أفكاره الآلية في اكتشافها بسرعة، وبمجرد تحديد أخطاء التفكير والمعتقدات غير المساعدة، يحصل المعالج على موافقة نهائية من العميل لمحصنها بطريقة أكثر عمقاً، ولو كان هناك وقت كاف في الجلسة يتم تعليم العميل كيف يناقش صدقها. وكما يستخدم أسلوب الجزيرة المهجورة دائماً خلال المرحلة العلاجية المبدئية فإنه يوصى أيضاً بتسمية كل نوع من أنواع أخطاء التفكير.

. كتابة الخطابات Letter writing :

في بعض الأحيان، يكون بعض العملاء عاجزين عن التعبير عن مشاعرهم تجاه شخص معين أثناء جلسة العلاج، فقد يكونوا شديدي الخجل من أن يشركوا المعالج في معتقداتهم الخاصة، خاصة لو كانت تتعلق بصفات أو عنونة شخص ما، ومن المناسب أن نطلب من العميل في مهام ما بين الجلسات، أن يكتب خطاباً لشخص ما، مع توضيح أنهم لن يرسلوه. ويؤدي ذلك في كثير من الأحيان إلى أن يتمكن الشخص من التعبير عن أفكاره ومشاعره، ويُعد ذلك إجراءً خاصاً يتبع مع الحالات التي تعاني من الحزن الشديد، أو الاعتداء (الاعتصاب). ويمكن أن يقوم المعالج والعميل بمناقشة محتوى الخطاب في الجلسة التالية ويتم فحص المعتقدات غير المساعدة المتصلة به. وفي بعض الأحيان قد لا يرغب العميل في أن يشترك المعالج في مناقشة الخطاب، ولو حدث ذلك فيمكن أن تسأل العميل عن الفائدة التي حصلها من مروره بالتجربة.

. التخيل الدافعي Motivation imagery :

طور كل من بالمر ونيان Palmer & Neenan (1998) تصورات عدة عن تخطيط الوقت (انظر: Lazarus, 1984, Ellis et al., 1988) للمساعدة في زيادة

دافعية العملاء المقاومين وتشجيعهم لمواجهة مشكلاتهم والتعامل معها (انظر: Mechner & Palmer, 1998; Neenan & Palmer, 1998) ويطلب من العميل في البداية أن يتصور مستقبله على أساس تحاشي المشكلات وسيتضمن هذا التصور كل المسائل المتصلة به، ثم يُطلب من العميل أن يعكس هذه الصورة بنظرة أخرى لمستقبلهم، على أساس التعامل مع مشكلاتهم. وهذا التخيل التمثيلي سوف يشمل كل المكاسب المحتملة. ويكون هذا الأسلوب مناسباً عندما يكون العميل غير مستعد لمواجهة مخاوفه، أو تقصصه الدافعية لذلك. وثبت أن هذا الأسلوب ذو كفاءة في مساعدة العملاء في المرحلة قبل التخيلية من العلاج وقد يكون أيضاً متعارضاً مع المرضى الذين يعانون من الأفكار الانتحارية، أو الذين يعانون من الاكتئاب الحاد. ويعرف أيضاً هذا الأسلوب باسم "إجراء التخيل المزدوج" Double imagery procedure وكذلك "تخيل الكسل في مقابل الفعل" Inaction versus action imagery (Palmer & Neenan, 1998).

التخيل الإيجابي Positive imagery:

لتمييز حالة الاسترخاء، يقوم العميل في هذا الأسلوب بتصوير منظر حقيقي، يجده إيجابياً أو ساراً، ومن المهم مناقشة العمل فيما يجده ساراً في هذا المنظر، وعندما يتم البدء في تنفيذ الإجراء يقوم المعالج بتعزيز التخيل البصري للعميل بأن يطلب منه التركيز على تصورات معينة، ويتم تشجيع العميل بانتظام على أن يستخدم هذا الأسلوب لو كان من شأنه أن يؤدي إلى خفض القلق، وكذلك خفض مستويات التوتر العضلي. ولما كان هذا الأسلوب أحد أساليب الإلهاء المعرفي فهو يعد مناسباً في إدارة حالات الأتم المزمع وكذلك يمكن أن يساعد في مواجهة الاكتئاب، والمشكلات ذات المستوى المتوسط.

. التخيل العقلانى الانفعالى Rational - emotive imagery

أخذ هذا الأسلوب من العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى، ورغم وجود عديد من المراجعات للأسلوب، سوف نعرض المراجعة الأحدث التى يمكن أن تتكامل مع أسلوب العلاج المعرفى السلوكى (انظر: Ellis, ١٩٧٩). وفى مراجعة مالتسبى (Maultsby ١٩٧٥)، تم إعطاء تعليمات للعميل بأن يتخيل موقفاً مخيفاً ويعيده تلقائياً لنفسه بفاعلية (بشكل مسموع داخلياً وذلك يعتمد على الموقف)، ويتم التفاوض مع العميل حول عبارات للتصدى للموقف، ويساعد ذلك العميل فى أن يخبر مستوى أقل من القلق، وكذلك يُعده للموقف الصعب، وأيضاً يستخدم فى مساعدته فى تخيل كيفية تصرفه فى موقف قريب. وفى الحالة السابقة ربما تكون أهداف العميل هى أن يكون أقل شعوراً بالذنب، أو الخجل، ومن المهم للعميل أن يمارس الأسلوب فى بداية الجلسة للتأكد من أن الانفعال المستهدف أقل شدة. وتقدير مستوى الانفعال قبل وأثناء وبعد الممارسة يساعد المعالج فى أن يقدر ما إذا كان تم اختيار عبارات مناسبة للتصدى، ولو ظل التقدير ثابتاً خلال الممارسة فربما تكون عبارات التصدى فى حاجة إلى أن تستبدل.

. أسلوب الزيادة Step-up technique

يستخدم هذا الأسلوب فى حالة ما إذا كان العميل قلقاً من حدث مستقبلى محتمل، ويبدو وكأنه صعب المنال، ويكون المعتقد الأساسى صعب التحديد (Lazarus, ١٩٨٩)، ويتم إعطاء تعليمات للعميل أن يتخيل الموقف المخيف ظاهراً وحقيقياً، وواقعياً، ويكون ذلك مساعداً للعميل فى الوصول للسبب الأساسى للخوف والقلق، ومن الملائم فى بعض الأحيان أن نطلب من العميل أن يزيد من المنظر بأن يتصور بصرياً أسوأ النتائج المحتملة، وهنا يبدأ كل من المعالج والعميل فى التفكير فى كيفية التعامل مع الموقف، وتبعاً لذلك يُطلب من العميل أن يكرر التمرين مستخدماً طرائق المواجهة الجديدة التى طورها،

و غالباً ما يدرك العميل أن أسوأ مخاوفه غير محتملة الظهور، ولو حدث ذلك فإنها تكون غير مهددة للحياة ويمكن التعامل معها.

. تصور إسقاط الزمن (تغيرات الزمن) Time projection imagery :

يرشد هذا الأسلوب العميل أن يعود بالزمن إلى الوراء، أو أن يمر به للأمام، لكي يعيش الأحداث السابقة مرة ثانية، أو أن يرى الأحداث الراهنة وقد تم التغلب عليها في وقت ما في المستقبل (Lazarus, 1989): فمثلاً قد يكون العميل قلقاً من أن يصبح عمالة زائدة فيطلب منه أن يتخيل نفسه بعد ستة أشهر في المستقبل، ويصف ما يقوم بعمله، ويتم إعادة التدريب باستخدام مدة سنة، وستين، ومن المحتمل أن تصل إلى خمس سنوات مستقبلاً، وعادة يصبح فقد الوظيفة أقل أهمية في المستقبل. أما في حالة فقدان الشريك، فيتخيلون أنهم يبدأون في علاقات جديدة على الرغم من أن ذلك قد يحدث بعد عام أو عامين في المستقبل. وفي هذه الأمثلة لو كان العميل عاجزاً عن أن يرى إيجابية المستقبل، فيمكن للمعالج في هذه الحالة أن يطلب من العميل أن يتخيل آخرون يتقدمون لوظائف جديدة، أو يقابلون أناس جدد. وهكذا، ويساعد هذا الإجراء بوجه عام في رفع مزاج العميل مع ترسيخ الشعور بالأمل، ويسمح أسلوب السفر عبر الزمن time trepping بشكل ارتدادى (للوراء) للعميل بأن يخفف من وطأة الأحداث السابقة ويضعها في تصور ما أقل شدة وتأثيراً.

. إيقاف الفكرة Thought stopping :

يمكن أن يمر العملاء في مرحلة بداية العلاج بصعوبة في إيقاف الأفكار، أو الصور والتخيلات أو التحكم بها، عما يشعرون بأنه يقلقهم بشدة. ويطلب من العميل خلال الجلسة أن يستحضر الأفكار والصور القهرية (Salkovskis & Kerk, 1989) وبمجرد أن يثيرها يقوم المعالج بعمل ضجة شديدة مثل التصفيق بيديه بشدة، أو أن يصيح "قف" ويوجه العميل وأن يقوم بأداء

الفعل نفسه. ويفترض أن يساعد هذا الأسلوب في إيقاف الفكرة غير المرغوبة، ويتم تكرار التدريب بصوت منخفض تدريجياً حتى يستطيع العميل إيقاف الفكرة دون الحاجة لعمل أي ضجة خارجية. ويُمارس هذا الإجراء خلال الجلسات العلاجية عدداً من المرات قبل أن يشرع العميل في أدائه كالمهام بين الجلسات. ويتضمن أحد الأساليب أن يضع العميل طوقاً مرناً حول معصمه ويقوم بشده عند ظهور الفكرة، ويشتت الألم الناتج العميل عن مسار أفكاره السلبية، أو يشتت الصورة التي تسبب اضطراباً. وتوجد طرائق أخرى لأسلوب إيقاف الأفكار تتضمن أن يتخيل العميل علامة توقف الطريق، أو إشارة الضوء الأحمر المرورية، أو منظراً ما يسبب الاسترخاء. (Lazarus, ١٩٨٩)

. الاقتصاد اللفظي Verbal economy

يعتبر الوقت عاملاً حاسماً، والإيجاز هو كلمة السر في العلاج المختصر (Lazarus & Fag, ١٩٩٠) وقد افترض هويت Hoyt (١٩٨٩) أن المعالج يجب أن يقدر الدققة، ولو أخذ المعالجون هذا المبدأ على محمل الجد فسوف يكون من المهم استخدام "الاقتصاد اللفظي" وبكلمات أخرى يستخدم المعالجون الحد الأدنى من الكلمات، أو العبارات لتوصيل الرسالة، أو تعليم فكرة معينة، أو تطوير تصور معرفي، أو فحص ومناقشة معتقد... إلخ. ولصقل هذه المهارة يوصى بأن يقوم المعالجون بتسجيل عملهم، وبعد ذلك يقوموا بالاستماع لها بشكل جيد لملاحظة جلساتهم العلاجية ويستطيعوا من خلالها تقرير كيف يصبحون أكثر كفاءة (انظر ص ٢٠٧، ٢٠٨ كمنثال على الاقتصاد الرمزي).

. التدخلات السلوكية Behavioral intervention

. التعاقد: التحالف Contracting

يقوم المعالج في هذا النوع من التدخلات بإبرام عقد رسمي مع آخرين ذوي أهمية للحالة مثل أفراد الأسرة، أو زملاء العمل، وذلك بهدف إحراز التغيير

السلوكى الإيجابى الذى يطمح إليه كل منهما من قبيل التوقف عن النحيب، أو التوقف عن التدخين، أو الاستمرار فى حمية (Nark, ١٩٨٠)، ومن المهم أن تكون السلوكيات الهدف سهلة الإعادة والتكرار، وأن يتفق على أنها إيجابية من كل الجوانب، ومن المناسب للأعضاء المشاركين أن يقوموا بكتابة السلوكيات المتفق عليها بمصطلحات واضحة ومحددة. ويؤكد المعالج أن كلا الطرفين يجب أن يعملوا معاً كفريق، وأن يذكر كل منهما الآخر بفوائد التغيير.

. تحليل تكاليف الفائدة عن السلوك والعادات:

Cost benefit of behavior or habits

يساعد المعالج العميل من خلال هذا الأسلوب على أن يقدر سوابق الاستمرار ولواحقه فى سلوك ما، أو عادة معينة يريد تغييرها أو تبديلها، ولدعم هذه العملية بدون العميل فى نموذج (ملحق ٩) السلوك الهدف من التغيير ويتم تدوين المكاسب والخسارة من الاستمرار فى سلوك، أو عادة ما، فى العمود المناسب لذلك، وكذلك يتم فى نموذج ٢ ملحق ١٠ فالسلوك الجديد المرغوب تغييره يتم تدوينه، وكذلك الفوائد والخسارة المترتبة على التغيير، ويساعد هذا الأسلوب ذى المرحلتين العميل على أن يركز على الفوائد من التغيير، ويستخدم أيضاً هذا الأسلوب من قبل المعالجين ذوى الخبرة لمساعدة عملائهم فى تغيير الأفكار الخاصة بالانتحار، وعدم تكرار محاولات الانتحار.

. التعرض بالهادية Cue exposure:

يتم تعريض العميل للإغراء temptation أو بالهاديات cue لتمكينه من اكتساب مختلف طرائق المواجهة والتعايش مع النواتج الاندفاعية الملحة. وقد قدم كل من ملنر وبالمير Milner & Palmer عام ١٩٩٨، المثال على ذلك بالشخص

الذي يأكل بنهم حيث يجلس أمام طبق من طعامه المفضل ويحاول أن يقاوم إلحاح الأكل، وقد يزول الإلحاح وقتياً، ويجب أن يتم استخدام الأسلوب أولاً داخل الجلسة العلاجية حتى يتمكن المعالج من مساعدة العميل أن يطور استراتيجيات توافق ومواجهة للتعامل مع الإلحاح أو الإغراء. ومن المفضل أن يقوم العميل خلال الجلسة بتقدير شدة الإلحاح بمقياس من صفر - ١٠. وفي المثال السابق يجب أن تتضمن استراتيجيات المواجهة والتعايش كل من التقشيت المعرفي، والصور التفسيرية، والعبارات التوافقية، وأساليب الاسترخاء. ويجب اتخاذ الحيلة القصوى والحذر عند التعامل مع العملاء الذين يأتون للعلاج من استخدام المخدرات حيث تزداد احتمالات انتكاساتهم عندما يكونوا بمفردهم.

. التحكم بالعادة Habit control:

صُمم أسلوب التحكم بالعادة لتقليل أو إيقاف العادات غير المرغوبة مثل بلل الفراش، ونتف الشعر، وقضم الأظافر، واللججة، وما إلى ذلك. فمثلاً العملاء الذين يشدون شعرهم ويتقونهُ يُطلب منهم أن يطبقون قبضتهم أو يمسكون شيئاً ما عندما يفتابهم إلحاح الشد. ويتطلب هذا النوع من التدخلات إبداعاً من كل من المعالج والعميل لتطوير طرائق جديدة للتحكم في العادة، وقد تستخدم في بعض الأحيان أدوات خارجية، فعلى سبيل المثال، عند مساعدة طفل في إيقاف بلل الفراش، فقد يكون ضرورياً استخدام شاشة العائد الحيوي.

. النمذجة Modelling:

قبل أن يتعهد العميل بالموافقة على مهمة أو تدريب ما، يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب في خطوات بسيطة، ويوصى بأن يناقش المعالج العميل بتوضيح المهارة المعينة بمعايير مقبولة وليس في شكل رائع وتام (انظر:

1995; Palmer & Dryden, 1995; Milner & Palmer, 1995)، ويمكن للعميل أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة (مثل مهارات التواصل) ويقوم المعالج بتقديم العائد المساند والثناء، ويمكن للعميل أن يقوم بتطبيق المهارة في الحياة اليومية الواقعية كمشاهدين بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية.

. تكاليف الاستجابة أو العقاب والمكافأة:

Response cost or penalty and record

هذا التدخل هو أحد طرائق التحكم الذاتي، حيث يوافق العميل على جزاء أو عقاب ما في حالة لم يقوم بعمل سلوك معين (Mark, 1987)، فعلى سبيل المثال، العميل الذي يرغب في الإقلاع عن التدخين، يوافق على منح بعض المال لأقل الأفراد المقربين إليه (مع استبعاد المقربين جداً) لو قام بالتدخين، ويستخدم هذا الأسلوب أحياناً عند التفاوض ومناقشة مهام بين الجلسات ويطلب العميل تشجيعاً إضافياً في حالة تقيل أو زيادة سلوك معين، وعادة ما يوافق العميل على الجزاء برغم أنه قد يحتاج في البداية إلى تلقى بعض الأفكار من المعالج، ومن المفضل أن يقترون أسلوب العقاب مع أسلوب المكافآت، لذلك فعندما يظهر السلوك المرغوب (بالزيادة أو النقصان)، يقوم العميل بمكافأة نفسه فمثلاً يشاهد برنامجاً تليفزيونياً مفضلاً لديه.

. منع الاستجابة Response prevention:

يستخدم أسلوب منع الاستجابة مع العملاء الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، (Salkovskis & Kirk, 1989) وبالتسوية لهذا الاضطراب بعينه، تكون التدخلات السلوكية جزءاً أساسياً من البرنامج العلاجي. وفي هذا الأسلوب، يُعرض العميل لمثيرات طقوسية أو أفكار، ويحاول أن يقاوم إلحاح أداء هذه الطقوس، وبعد فترة من الوقت يقل القلق بشكل مشابه لبرنامج

التعرض التدريجي المقدمة للذين يعانون من المخاوف. ويتم استخدام يوميات الواجبات المنزلية لمراقبة التقدم، وهي المراحل المبكرة من العلاج يُطلب من العميل أن يطيل الوقت قبل أداء الطقوس، وأن يقلل من عدد مرات ممارسة الطقوس، فمثلاً لو كان العميل لديه إلحاح أن يلمس غرض ما ٤٠ مرة، سيتم تشجيع العميل مبدئياً في هذه الحالة على لمسه ٢٠ مرة، ومعظم العملاء لو طلب منهم أن يتوقفوا عن اللمس تماماً فمن المحتمل أن يجدوا ذلك صعباً جداً وتزداد احتمالية حدوث التسرب.

١. المراقبة الذاتية والتسجيل Self monitoring and recording:

عادة ما تكون المراقبة الذاتية وتسجيل التقدم عن طريق العميل ذات فائدة، وجزءاً مهماً من العلاج المعرفي السلوكي، وتعتبر يوميات الواجب المنزلي، والمذكرات اليومية (انظر الملاحق) مناسبة ومهمة بشكل خاص، حيث تمكن المعالج من مناقشة التقدم، وكذلك أي صعوبات يمكن أن تكون ظهرت للعميل خلال أداء المهام بين الجلسات.

٢. التحكم بالمنبه Stimulus control:

يشمل التحكم في المنبه، تغيير البيئة لذلك فلا يكون سهلاً أن يقترب العميل أو يتعرض للمنبه، فمثلاً: العميل الذي يهدف للإقلاع عن التدخين سيقوم بإبعاد السجائر، والمطفاة، والثقاب عن متناول يده، وسيجنب مؤقتاً زيارة أصدقائه المدخنين، والطالب الذي يهدف للتركيز على دراسته استعداداً للامتحان، سوف يبعد المشتتات عن مكان استذكاره، مثل حاسوب الألعاب، والتليفزيون، والهاتف، وما إلى ذلك من المشتتات، وإضافة لذلك، سيتأكد من أن البيئة المحيطة تساعد على جودة الاستذكار باستخدام ضوء مناسب، ومكتب، أو سطح مستوى ما للعمل عليه وما إلى ذلك.

اساليب الاسترخاء Relaxation techniques :

. الاسترخاء متعدد الأساليب (المحاور) Multimodal relaxation method :

تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة بالمر Palmer (١٩٩٢) ليستخدم في العلاج الفردي، وجلسات العلاج الجمعي، فهو يمد العملاء بمدى من أدوات التدخل المختلفة مثل العلاج التخيلي، والمعرفي، والتي تسمح لهم باكتشاف الأسلوب الأفضل الذي يسبب حالة من الاسترخاء. ويفضل بعض العملاء طرق الشئيت المعرفي، ويفضل بعضهم الآخر التدريبات التخيلية، ويمكن للعملاء بعد ممارسة الطريقة المفضلة للاسترخاء أن يضمنوا أفكارهم في الأسلوب، ويتم استخدام جهاز العائد الحيوي لاستجابة الجلد الجلفانية Biofeedback galvanic skin response instrument لتحديد مدى ملائمة أسلوب معين من التدخلات. ولأن كل الظروف الطبية ليست معروفة لكل الأفراد، فقد يكون الاشتراك في أسلوب الشد والانقباض العضلي Muscular contraction خطراً في حالة ارتفاع ضغط الدم، ويتم أيضاً تجنب التنفس العميق deep breathing حيث يمكن أن يؤدي إلى تفجر نوبة الهلع لدى بعض الأفراد (Palmer, ١٩٩٢)، ويتم تشجيع العملاء على اختيار صورهم وتخيلاتهم الخاصة، لتحاشي اقتراح المعالج بشكل غير مقصود لصور وتخيلات غير ملائمة قد تفجر مستويات مرتفعة من القلق أو نوبات الهلع، فعلى سبيل المثال، قد يُطلب من العميل أن يتخيل أنه يمشي في الغابة، وقد يبدو ذلك بشكل عام آمناً لكن في حالة ما إذا كانت لدى العميل خبرة سابقة بحادث غير سار في الغابة فقد تكون هذه الصورة غير محتملة أن تؤدي إلى حالة من الاسترخاء. ويوصى كذلك بأن تسجل التمرينات على شريط تسجيل صوتي حتى يمكن للعميل أن يستخدمها خارج جلسات العلاج، ويمكن أيضاً تعديل نهاية النص لمساعدة العميل في الدخول في النوم إذا ما كان يعاني من الأرق أو أي من اضطرابات النوم. ولو كان الأسلوب يستخدم ضمن جلسات العلاج الفردي، فيمكن أن يحدد المعالج مسبقاً الصور

والتحيلات التي يفضل العميل تضمينها في النص. وقد تم تسميم طريقة الاسترخاء لتستغرق فترة تتراوح من ثمانية إلى عشر دقائق، لذلك يستطيع العملاء وضعها ضمن سياق العمل اليومي رغم انشغالاتهم اليومية. وتبعاً لسير الجلسة يمكن أن يمتد هذا الوقت إذا كان ذلك ضرورياً، ويشجع العملاء بأن يلتزموا أداء التمارين أثناء جلوسهم على كرسى حتى يمكنهم نقل المهارة إلى مواقف أخرى مثل أماكن العمل، أو الجلوس، أو حتى الوقوف في القطار. وفي معظم التدريبات لا يكون العملاء بحاجة لإغلاق أعينهم، ومع الانتظام في التدريبات يستطيع العملاء دائماً استخدام الطريقة كأسلوب سريع للاسترخاء حيث يكون مساعداً لهم قبل وأثناء المرور بمواقف ضاغطة، وفي الواقع فهذا هو أحد أهداف الاسترخاء المشروط حيث يتعلم العميل أن يسترخى استجابة لمنبهات ذاتية خاصة، ويجد بعض العملاء أن من خلال التنفس العميق، وتكرار الرقم (1)، أو كلمة (استرخى) في عقولهم أثناء عملية الزفير أنهم يستطيعون الاسترخاء سريعاً، بينما قد يحتاج آخرون إلى التركيز على الصور المسببة للاسترخاء لذلك فالمحاولة والخطأ تعد مرحلة مهمة أثناء استكشاف العميل وتكيفه للأسلوب حيث يكيفه حسب متطلباته الخاصة. ومن المهم - كما هي الحال في عديد من الأساليب - أن نوضح للعميل كيف يعمل الاسترخاء فهو يؤدي إلى تحول حالة القلق بتثبيط الجهاز العصبي اللاسمبثاوي الذي يساعد الجسم على الاسترخاء، ويساعد على الهضم، ويقلل ضربات القلب، وضغط الدم، ويوفر الطاقة. ومثله مثل أساليب الاسترخاء الأخرى، فأسلوب الاسترخاء متعدد المحاور يوصى به للعملاء الذين يعانون من القلق خاصة، والصداع التقليدي العام، وضغط الدم المرتفع الجوهرى، وارتفاع ضغط الدم العصبي، واضطرابات فرط الاستثارة (مثل اضطرابات ما بعد الصدمة)، والقولون، والأرق، وزملة اضطرابات المعدة والأمعاء، والصداع النوعائى التوترى، والتوتر الجسدى، والاضطرابات النفسية الجسمية، والسلوك المرتبط بنمو الشخصية (أ). ويمكن أيضاً أن يساعد في التحكم في

مشاعر عدم الراحة العامة في حالة العملاء الذين هم بصدد التوقف عن التدخين (Palner & Dryden, ١٩٩٥) ومبدئياً سيحتاج العملاء إلى ممارسة هذا الأسلوب يومياً كواجب منزلي للحصول على فائدة ما، ويوصى بإكمال يوميات الاسترخاء Relaxtion diary لمراقبة التقدم (ملحق ١١) بعد الشروع في ممارسة الاسترخاء ويمكن للعميل أن يحضر يومياته لجلسة العلاج التالية ويعرض مدى تقدمه، وكذلك الصعوبات التي واجهته ويناقشها مع المعالج.

. الاسترخاء التصاعدي Progressive relaxation

يعتبر أحد الأنواع المبكرة من الاسترخاء، وغالباً ما تناولته البحوث السابقة، وقد تم تضمينه في هذا الفصل كأسلوب يمكن أن يكون مناسباً لو لم تثبت الطرق الأخرى كفاءة. وطور جاكوبسون Jacobson عام ١٩٢٨ أسلوب الاسترخاء التصاعدي الذي اشتمل على تعليم العملاء أن يقوموا بالشد لمختلف المجموعات العضلية لمدة ٦ ثواني تقريباً، ثم يقوموا بإرخائها لأطول فترة ممكنة، وكان الأسلوب يحرز تقدماً كبيراً في حينه، وأياً كان فإن الإجراءات المتعلقة به تستغرق جلسات تدريبية عديدة، وتكون مستهلكة للوقت، وقام كل من وولبه ولازاروس Walpe & Lazarus (١٩٦٦) بصقل واختصار العملية، وكانت تدريبات الاسترخاء تقع في أربعة مناطق أو أربعة أجزاء: استرخاء الذراعين / منطقة الوجه مع الرقبة والكتفين مع منطقة أعلى الظهر / الصدر والبطن وأسفل الظهر / الأوراك. والأفخاذ والأرجل. ويتبع ذلك استرخاء كامل للجسم. ولأن الأسلوب متكرر، ويتطلب وقت فراغ له سيتم فقط في الفقرة التالية وصف الاسترخاء التصاعدي للذراعين فقط:

"اجلس وظهرك مرتاحاً قدر استطاعتك، دع نفسك مسترخياً بأفضل ما لديك من قدرة.. والآن في وضعك الحالي من الاسترخاء. ضم قبضة يدك اليسرى.. فقط ضم قبضة يدك أكثر وأكثر، لاحظ التوتر والشد أثناء ذلك.. دعها مضمومة وأشعر بالشد في قبضة يدك اليسرى، ومقدمة الذراع.. والآن

استرخ دع أصابع يدك متفرقة ولاحظ العكس في مشاعرك.. الآن دع نفسك تحاول أن تصبح أكثر استرخاءً بشكل عام.. مرة أخرى ضم قبضة يدك اليسرى بقوة.. ثبتها على هذا الوضع.. لاحظ الشد مرة أخرى.. الآن دعها تسترخ.. الشد في أصابعك يزول، لاحظ الفرق مرة أخرى.. (وهكذا)..

ويستخدم هذا الجزء من الإجراءات بالنسبة للذراعين من الداخل ويستغرق حوالي 5 دقائق حتى يكتمل ويتم إرخاء أجزاء أخرى من الجسم بالشكل نفسه. وقد تكون حالة الاسترخاء أكثر سرعة لدى بعض العملاء. ويمكن حذف كثير من التعليمات، ويكون الأسلوب أكثر ملاءمة للأفراد الذين يعانون من الشد والتوتر الجسدي، ويوصف كذلك للعملاء الذين يعانون من القلق (المحدد والعام)، ومرضى الربو، والتشنجات، والاكنتاب، والتقلصات المصاحبة للدورة الشهرية، وضغط الدم المرتفع، والأرق، والألم المزمن، والخاوف، وعثر الطمث التقلصى spasmodic dysmeorrhoea، والصداع التوتري، وطنين الأذن Tinnitus (انظر: McGwgan, 1993)، وذن الأسلوب قد يسبب عرضاً ارتفاعاً في ضغط الدم، فيجب توخي الحذر مع مرضى القلب، ومرض المياه الزرقاء Gloucoma .

. استجابة الاسترخاء Relaxation response :

طور بنسون Benson (1976) استجابة الاسترخاء، والتي مثلت نسخة أو مراجعة غربية من التنكير. فقد أزال أى تأثير ثقافى، واستبدل الكلمات والمناظر والصور بالرقم (1)، وأحد فوائد هذا الأسلوب هو أن إعادة الرقم (1)، يساعد العميل في عدم اعتبار، أو النظر إلى أى أفكار سلبية، أو مشتتة قد تظهر أثناء محاولاتهم للاسترخاء. وقد عدل بلمر ودریدن Palmer & Dryden (1995) النص الأصلي كما يلي:

1 - جد وضعاً مريحاً، واجلس بهدوء.

- ٢ - اغمض عينيك.
 - ٣ - ارخ عضلاتك، ابدأ بوجهك ثم تقدم لأسفل نحو أصابع قدمك.
 - ٤ - الآن ركز على تنفسك، تنفس بعمق عن طريق الأنف، وفي عقلك ردد وكرر الرقم (واحد) أثناء الزفير.
 - ٥ - لو ظهرت أى أفكار سلبية أو مشتتة دعها فقط، تمر في عقلك ثم قم بإعادة (واحد)، لا تحاول أن تدفع نفسك للاسترخاء، فقط دعه يظهر في وقته.
 - ٦ - استمر في هذا التدريب على الأقل لمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة.
 - ٧ - بعد أن تنتهي دع عينيك مغلقتين لعدة دقائق، واجلس بهدوء.
- وقد افترض كارينجتون Carrington (١٩٩٣)، عدداً من المؤشرات المبدئية لأشكال حديثة من التدخلات للأسلوب في سوء استخدام المخدرات، والكحول، والتدخين، والغضب المزمن، وحالات الاكتئاب المزمن، وصعوبات توكيد الذات، ورد الفعل الاكتئابي تحت المرضى، ولوم الذات، وكثرة النوم، والتهيج، وقلق الانفصال. وقد حذر كارينجتون (١٩٩٣) من أن بعض العملاء قد لا يتحملون المدة المعتادة لمدة ٢٠ دقيقة للجلسة، وفي هذه الحالة فإن وقت التخيل يكون بحاجة إلى أن يقلل.

الفصل الثامن

التنويم
كمساعد للعلاج
المعرفى السلوكى

الفصل الثامن

التنويم كمساعد للعلاج المعرفى السلوكى

Hyponosis as an Adjunct to Cognitive Behavioral therapy

يطلب العملاء أحياناً التنويم بدلاً من العلاج المعرفى السلوكى، ومن المحتمل أن يقوم عديد من المعالجون بتحويل العميل إلى مكان آخر، أو يقوموا بمحاولة إقناع العميل بأسلوب العلاج المعرفى السلوكى الحالى، أو أشكال أخرى من العلاج المعرفى السلوكى بأن هذه الأساليب فعالة وذات كفاءة (Ellis, ١٩٨٦). وأياً كان، فإن المنحى السابق يمكن أن يزيد من معدل التآكل والتسرب، ويكون ذلك إنهاءً مبكراً للعلاج، حيث لم يحصل العملاء على ما كانوا يتمنون. وبوضوح فإذا حدث ذلك، فإن العميل لن يستفيد من العلاج المعرفى السلوكى، ولذلك وعلى مريض تم تضمين هذا الفصل فى الكتاب الحالى.

وعندما يكون لدى العملاء اعتقاد قوى بأن التنويم سوف يساعدهم فى التعامل مع مشكلاتهم، ويقلل من القلق، والضغط، والاكتئاب، أو يقهر المشكلات الجسمية، وبما أن التنويم ليس له أعراض جانبية، فقد وجد أنه تدخل مفيد وبشكل خاص فى هذه الحالة (انظر: Lazarus, ١٩٩٥; Kirsh et al., ١٩٩٣b; Palmer, ١٩٩٣) ويوصى أيضاً باستخدام التنويم كأحد أساليب العلاج فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، أو العلاج العقلانى الانفعالى، على الرغم من أن هناك حدود لذلك (Ellis et al., ١٩٩٨).

وسوف يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر مرونة عندما يتطلب الأمر ذلك، بدمج أساليب مأخوذة من علاجات مختلفة وذلك ليعزز

التواتج العلاجية لو اتضح أن هذه الأساليب فعالة، وليست مضادة وتدعم كذلك كيف أن المعتقدات تؤثر فى انفعالاتنا. ويتمنى بعض المعالجين بشكل ملح، أن يعتبر استخدام التنويم كملحق مضاف للعلاج المعرفى السلوكى مع العملاء الذين لديهم رغبة قوية فى استخدامه، وقد يودى ذلك من ناحية أخرى لإنهاء العلاج. ويقدم هذا الفصل مثالاً لنص خاص بالتنويم ويمدنا بمعلومات عن المراحل المختلفة للتنويم التقليدى ولأنه يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى كمنحى تعاونى حيث يتم توضيح الأسس النظرية وجوانب الممارسة التطبيقية لكل تدخل للعميل، فالافتراض المباشر بوضوح هو التركيز على المشكلة الخاصة موضع الاهتمام والمستخدم فى الفصل الخاص بالتنويم ويتم تحاشي الافتراضات غير المباشرة وتجنبها.

نص التنويم Hypnosis script:

سيتم فى هذا الجزء وصف نص نموذجى للتنويم، وللإفادة يتم تقسيمه إلى المراحل التقليدية من التنويم.

التهييز والحدث اأبديى Preparation and Preliminary Induction

فى مرحلة التحضير يتأكد المعالج أن العميل فى وضع مريح، ويتضمن ذلك الإجابة عن أى أسئلة يطرحها العميل عن التنويم. والأسئلة التقليدية التى يمكن أن تطرح هى (Palmer, 1993b):

- ما التنويم؟
- كيف أعرف أنني قد تم تنويمى؟
- هل ستصبح متحكماً فى عقلى؟
- ماذا ستفعل؟
- ماذا سيحدث لو لم أستطع الإفاقة من التنويم؟
- هل سأخبرك عن كل أسرارى؟

ومعظم العملاء سيحكون لديهم نظرتهم الخاصة عن طبيعة التنويم، وكيفية عمله وأدائه، ومن المهم أن تقدم توضيحات علاجية مساعدة عن هويته وكيفية عمله. ونشير إلى أنه يمكن أن يعتبر أحد أشكال الاسترخاء حيث يكون العقل مستقبلاً لإيحاءات مساعدة، وبالإضافة إلى ذلك سوف يظهر التنويم عندما يريده العميل أن يحدث، وأنهم سيكوتون متحكمين، وإن أرادوا أن يستفيقوا من التنويم فإنهم باستطاعتهم ذلك. ولن يقوموا بإفشاء أى أسرار إذا لم يكونوا يريدون ذلك.

وليس ككل أشكال التنويم الرسمية، ومثل ذلك الذى سوف يتضمن فى العلاج المعرفى السلوكى، فالجلسة الأولى سوف تظل تستغل فى تقرير مشكلة أو مشكلات العميل. وبالتركيز خاصة على انتقاء مفتاح أخطاء التفكير والأهداف السلوكية من العلاج، وربما يتم أفراد حوالى عشر دقائق لتدريبات الاسترخاء مثل الاسترخاء متعدد المحاور، للتأكد من أن العميل بإمكانه الاسترخاء ويكتشف أى الوسائل التى يفضل استخدامها، فمثلاً: بعض العملاء يكونون أكثر تفضيلاً لاستخدام أسلوب التخيل للاسترخاء، بينما بعضهم الآخر يفضل استخدام أسلوب التنفس. ويتم استخدام التنويم فى الجلسة الثانية.

وفى المرحلة التمهيديّة يمكن أن يخبر العميل أنه من الطبيعى تماماً خلال التنويم الشعور بالوخز والدفع، أو الشعور بالثقل فى الأيدي والأذرع، ويوصى بأن يكون العميل إما راقداً على أريكة، أو جالساً على كرسي مريح مع راحة للرأس، ويجب أن تكون الحجرة فى درجة حرارة مقبولة حيث يشعر بعض العملاء بالبرد أثناء التنويم (أو الاسترخاء). ويفضل أن تكون غرفة التنويم واقعة فى جزء هادئ من المبنى، ومن المريح أكثر أن يبعد العملاء العدسات اللاصقة أو النظارات.

والجزء التمهيدى من نص التنويم صُمم لتشجيع حالة الاسترخاء التنويمى. وحالة التنويم لا زالت قابلة للمناقشة وذات خلاف، وأياً كان فإنه ليس من المناسب كما يتوقع العميل أن التنويم فى حد ذاته سوف يكون مفيداً بل إن المكون الأساسى المهم هو فى تأثير التنويم (انظر: Lazarus, ١٩٧٣). والنص المقدم مختلف عن بقية المناهج التقليدية، فالمعالج لن يُرغم العميل على أن يغمض عينيه، حيث أن ذلك ربما يؤدي إلى زيادة المقاومة ويكون ذو نتائج عكسية لدى بعض الحالات.

العمق [التعميق] Deepening:

صُممت مرحلة التعميق فى التنويم لزيادة عمق الاسترخاء. والطريقة التى وُصفت لاحقاً فى نص التنويم تستخدم أسلوب العد والتففس، ويمكن أن تستخدم هذه الطريقة لمعظم الحالات عدا هؤلاء الذين يعانون من مشكلات فى التففس مثلاً: المدخنين، ولهذه الحالات، ومع الأفراد الذين يكون من السهل لهم التمثيل البصرى يفضل استخدام الأسلوب التخيلى. ولو تم اختيار الأسلوب التخيلى التعميقى فهنا يجب أن يتم اختيار منظر استرخاء مناسب من قبل العميل قبل الاستمرار فى التدريب، والتخيل الذى يتضمن تخيل العميل أنه يسقط من شئ ما مثل تل، أو مصعد، أو يطير من السلم، أو منظر الشاطئ، أو المروج فى الريف، تعد نموذجية. وفى هذه المرحلة من المستحسن تجنب الصور التى قد تثير، وتفجر القلق، فهى قد لا تساعد فى عملية الاسترخاء، فمثلاً إعطاء تعليمات للعميل الذى يعانى من مخاوف من السلم الدوار، أن يتخيل نفسه أنه يستخدمه. لو أن عميل يريد أن يتغلب على مخاوف خاصة فهنا فالصورة التخيلية التواهقية الملائمة تكون فى بؤرة التركيز خلال مرحلة تقوية الذات من التنويم.

والصورة النموذجية الأكثر تعميقاً التي تم وصفها فيما بعد، وجد أنها مساعداً للمعالج للتأكيد وتوضيح الكلمات المحفزة "أسفل"، "الآن" وكما يبدو ذلك فإنه يؤدي إلى مستوى استرخاء أكثر عمقاً.

التحريك الاختياري للتعيفى (Palmer, ١٩٩٣b, ٢٨-٣١):

- أريدك الآن أن تتصور أنك على قمة التلة التي وصفتها لي سابقاً.
- فقط أنظر للمنظر. لاحظ ألوان النباتات في الوادي (الحقل).
- بينما تنظر أسفل التل يمكنك أن ترى الأبقار في المرح الأخضر في قاع التل.
- تستطيع أن تشعر بدفء الشمس على وجهك.
- وخلال لحظات قليلة من الوقت.
- لكن ليست الآن.
- سوف تأخذ ثلاث خطوات نزولاً من التل. واحدة في البداية.
- سوف تأخذ الخطوة الثالثة وعندها ستكون في أسفل التل.
- وكل مرة تأخذ خطوة هبوطاً من التل ستشعر بالاسترخاء أكثر وأكثر مما تشعر به الآن.
- في لحظات قليلة وفي الوقت الذي تأخذ فيه الخطوة الأولى هبوطاً من التل. لكن ليس الآن، وعندما تفعل ذلك ستشعر بأنك مسترخياً جداً.
- خذ خطواتك الأولى هبوطاً من التل الآن.
- الآن أنت تشعر بقدر أعلى من الاسترخاء عما كنت عليه من ثوان قليلة مضت. ودقائق قليلة مضت، ساعات قليلة مضت، وأيام قليلة مضت حتى أسابيع قليلة مضت.
- الآن بقيت الخطوة الثالثة لك هبوطاً من التل لاحظ كيف تغير المنظر.
- خذ وقتك و فقط أنظر للمنظر الذي تعرفه جيداً وما تنظر حولك. لاحظ كيف تبدو مسترخياً الآن.

- هل يمكنك أن ترى كيف تبدو أكثر قريباً من أسفل التل الآن وضع تحسن المنظر بالنسبة للمرج الأخضر.
 - خلال دقائق قليلة من الوقت، سأطلب منك أن تأخذ خطواتك الثانية هبوطاً من التل وعندما تأخذ هذه الخطوة ستشعر بأنك أكثر استرخاءً مما تشعر به الآن.
 - خذ خطواتك الثانية هبوطاً من التل الآن.
 - الآن أنت تشعر باسترخاء أكثر عما كنت تشعر به منذ دقائق قليلة مضت، وأكثر استرخاءً عما كنت عليه منذ ساعات مضت.
 - تبدل المنظر مرة ثانية عندما اقتربت من القاع المرج الأخضر يبدو أكثر قريباً وعندما تنظر للخلف لا على التل كيف أن القمة بعيدة.
 - انظر للحقول والنباتات، والأبقار لاحظ رائحة الأزهار في الشجيرات.
 - أنت تشعر أنك مسترخى جداً أكثر الآن ذلك يشعرك بأنك تسير في الريف الذي تفضله.
 - خلال دقائق قليلة من الوقت، لكن ليس الآن سوف تأخذ خطواتك الأخيرة لأسفل التل وعندما تفعل ذلك سوف تشعر بالاسترخاء التام عندما تصل للمرج.
 - خذ خطواتك الأخيرة لأسفل التل هبوطاً الآن.
 - الآن أنت تشعر بأنك مسترخى جداً جداً أكثر استرخاءً مما شعرت منذ لحظات، ومنذ دقائق وأكثر مما شعرت منذ ساعات قليلة مضت.
- ل عند هذه النقطة استمر في تقوية الذات.

تقوية الأنا Strengthening:

ذلك هو الجزء المفتاح في العملية حيث يعدل المعالج أخطاء التفكير الواضحة، وكذلك المعتقدات غير المساعدة والسلوك، ويقوم بمقابلتها بإدخال عبارات للمواجهة ذات قوة (انظر: Palmer, 1997). ويمكن أن يستبدل النص

ليأخذ فى حسبانته أى ظروف عامة قد يشكو العميل منها مثل الصداع النصفى.. إلخ ومن الملائم أيضاً تكرار التأثيرات الإيجابية للتقويم خارج الساعة العلاجية (Palmer, ١٩٩٣). وقد يكون ذلك مفيداً لتأثير ما بعد التقويم الذى يعد مكوناً مهماً فى عملية التقويم.

ويمكن أن تتضمن الصور وتخيلات المواجهة مساعدة العميل فى التعامل مع المواقف الصعبة مثل تقديم عرض أو التعامل مع المخاوف (Palmer & Dryden, ١٩٩٥). والتخيل العقلانى الانفعالى يمكن أن يستخدم لتوضيح أن العميل يمكن أن يواجه المواقف والأحداث الصعبة والسفر عبر الزمن للأمام عن طريق التخيل يمكن أن يستخدم لتوضيح أن العميل يمكن أن يواجه المواقف الحالية المعلقة، وكذلك الأحداث نادرة الحدوث "أو المرعبة" (Palmer & Lazarus, ١٩٦٤, Dryden, ١٩٩٥) وعلى أية حال فإنه من المهم أن يتم اختيار التخيل المناسب لمشكلة محددة ما.

وفى النص تساعد فترة "الصمت" pause فى تأكيد افتراضات تقوية الأنا ويمرر تأثيرها (Palmer, ١٩٩٣).

التخلص من الأعراض Symptoms:

تستخدم مرحلة التخلص من الأعراض لو كان العميل واجه صعوبة فى التعامل مع أعراض جسدية أو نفسية جسدية ولو تم تخطى (ترك) هذه المرحلة، فإن باقى النص يمكن أن يتضمن هذه النقطة. والتخلص من الأعراض يكون هدفاً موجهاً نحو الأعراض التى يعانى منها العميل مثل الحساسية، والقلق، والربو، أو العادات (مثل: النوم، والتدخين) والصداع، والأرق، والصداع النصفى، والألم، ونوبات الهلع، والمخاوف، واللوازم، وأمراض الجلد، وأمراض الكلام... إلخ (انظر: Palmer, ١٩٩٣). والنص الموضح فى السياق قد يساعد فى تخفيف الصداع النصفى والصداع الناتج عن الشد العصبى.

ويمكن أن يرجع إلى هارتلاند Hrtland (1971) الحصول على نبضات عديدة خاصة بالتخلص من الأعراض.

ومن المهم عند التعامل مع العملاء مع أعراض عديدة لديهم ناتجة من الضغوط، أو الآلام الجسدية أن نتأكد من أن العميل ليس لديه أي ظروف عضوية طبية تقف خلف هذه الأعراض. ولو حدث ذلك فإنه من الضروري تحويل العميل إلى متخصص طبي.

الإنهاء Termination:

إن مرحلة الإنهاء هي الجزء الأخير من إجراءات التنويم. ولو فتح العميل عينيه قبل انتهاء نص التنويم فيطلب منه أن يفلق عينيه ويتم تنفيذ مرحلة الإنهاء.

استخلاص المعلومات Debrief:

من المهم اكتشاف كيف يفكر العميل، ويشعر حيال التجربة، وبيجى أى طلبات قد تظهر خلال الجلسة. ولو أراد العميل أن يتلقى التنويم مرة أخرى في جلسة لاحقة فمن المناسب هنا أن نسأل ما إذا كان يريد أن يستبدل جزء من النص.

نص التنويم Hypnosis script:

الإجراء المبدئي Preliminary induction: (Adapted Palmer, 1993b, ٣٢-٦)

- هل يمكنك أن تجعل نفسك مرتاحاً قدر استطاعتك أثناء جلوسك.
- ولو استطعت فقط مجرد أن تغلق عينيك.
- لو استمعت فقط للضوضاء خارج الغرفة.
- والآن استمع للضوضاء داخل الغرفة.

- هذه الضوضاء سوف تأتي وتذهب أثناء الجلسة ويمكنك أن تختار أن تدعها مجرد أن تمر فوق وعيك أو تختار أن تتجاهلها إذا أردت ذلك.
- يحتمل أن تلاحظ كيف أن هذه الضوضاء ونبرة صوتي سوف تصبح أنعم وأشد ثم أنعم مرة أخرى خلال الجلسة وذلك طبيعي تماماً ويشير إلى أنك في حالة من التفويم.
- دع كل جسمك يتراخي ويسترخي.
- الآن دع عينيك مغلقتين دون أن تحرك رأسك أريدك أن تنظر لأعلى ودع عينيك مغلقتين. فقط انظر لأعلى.
- لاحظ الشعور بالتعب والنوم.
- والاسترخاء.
- في عضلات عينيك.
- وعندما تشعر عينيك بالتعب الشديد، وتصبح متعبة جداً جداً فقط دع عينيك تسقط لأسفل.
- لاحظ الشعور بالإرهاك، والنوم، والاسترخاء في عينيك.
- دع ذلك ينسحب لأسفل وجهك إلى فكك.
- الآن فقط أرخ فكك.
- لو أسنانك مضمومة، فقط دعها غير مضمومة.
- الآن أرخ لسانك لو كان يلمس سقف حلقك فقط دعها الآن ينزل لأسفل.
- دع الشعور بالاسترخاء ينسحب لأعلى وجهك إلى مقدمة الرأس والجيبة.
- لأعلى رأسك.
- لمؤخرة رأسك.
- والآن ببساطة لأسفل عبر عضلات الرقبة.

وينزل لأسفل إلى كتفيك.

الآن ركز على إرخاء كتفيك. فقط دعهما يسقطان لأسفل.

الآن دع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينسحب ببطء لأسفل في ذراعك الأيمن، ينزل عبر العضلات، ينزل عبر مرفقك، وعبر رسغك، وإلى يدك ويستقر في أصابعك.

الآن دع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينسحب ببطء لأسفل في ذراعك الأيسر، وينزل عبر العضلات، ينزل إلى مرفقك وعبر رسغك، وإلى يدك، ويستقر في أصابعك.

ودع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينزل لأسفل إلى صدرك، وأسفل إلى معدتك.

لاحظ ذلك في كل مرة تتنفس فيها أنك تشعر بأنك مسترخ أكثر وأكثر.

دع الشعور بالاسترخاء والتعب ينسحب لأسفل من كتفيك إلى ظهرك، وعبر عضلات ظهرك.

ينزل لأسفل في رجلك اليمنى عبر العضلات يهبط إلى ركبتك ويصل إلى كاحلك.

إلى قدمك، إلى أصابع قدمك.

دع الشعور بالاسترخاء والتعب ينسحب لأسفل إلى رجلك اليسرى يهبط إلى ركبتك ويصل إلى كاحلك.

إلى قدمك، إلى أصابع قدمك.

سوف أعطيك بضع دقائق الآن.

لأسمح لك بالتركيز على أي جزء من جسمك تريد أن تزيد من استرخائه (فترة سكون وصمت لمدة ١٥ ثانية إذا كان ذلك ضرورياً).

التعميق (Adapted Palmer, 1993b, ٣٦-٨): Deepening

- أريدك الآن أن تركز على تنفسك.
- لاحظ كيف في كل مرة تخرج فيها أنفاسك أنك تصبح أكثر استرخاءً.
- مع كل نفس تأخذه تشعر باسترخاء أكثر وأكثر وأكثر.
- تنفس ببطء من أنفك وأخرج النفس ببطء من فمك.
- مع كل نفس تأخذه.
- في كل مرة تأخذ نفساً من الهواء.
- تصبح مسترخياً أكثر وأكثر.
- وتدرجياً سوف تتجرف لتصبح مسترخياً أكثر وأكثر.
- مع كل زفير تصبح نعساناً أكثر وأكثر.
- مسترخياً بعمق أكثر وأكثر.
- لاحظ كيف عندما تكون مسترخياً أنك تتنفس ببطء أكثر وأكثر.
- ويهدوء أكثر وأكثر أنك تصبح بعمق أكثر وأكثر مسترخياً بشكل أعمق.
- إنك تعرق في حالة من الاسترخاء العميق.
- كل جسمك يصبح مسترخياً أكثر وأكثر في كل مرة تخرج فيها أنفاسك.
- سوف أبدأ ببطء العدد حتى خمسة وأثناء قيامي بذلك سوف تشعر بأنك أكثر استرخاءً مما أنت عليه الآن.
- واحد.
- الآن أنت تشعر باسترخاء أكثر مما كنت تشعر عليه منذ دقائق مضت، مسترخياً أكثر وأكثر مما كنت عليه منذ ثواني قليلة مضت.
- اثنان.

لاحظ كيف أنك تشعر باسترخاء أكثر حتى أنك تجد من الصعب التركيز على صوتي كل الوقت.

ثلاثة.

الآن في كل مرة أقول رقماً، كل مرة تخرج فيها نفساً، تشعر بعمق أكثر وأكثر، واسترخاء أكثر وعمقاً. يغمرك شعور بالتعب والاسترخاء ويحل بك أثناء الاستماع الصوتي.

أربعة.

أنت تشعر بأنك أكثر استرخاءً مما شعرت به منذ دقائق قليلة مضت، وثوان قليلة، وهي لحظة عندما أقول الرقم خمسة لكن ليس الآن سوف تشعر بأكثر مراحل الاسترخاء عمقاً.

خمس.

الآن أنت تشعر بأنك مسترخياً بشكل أعمق وأكثر مما كنت عليه منذ لحظات، ومنذ ثواني أنت أكثر استرخاءً مما كنت عليه منذ دقائق، وأكثر مما كنت عليه منذ ساعات مضت.

تقوية الأنا Ego-strengthening: (Adapted Palmer, 1993, 38-41)

أنت الآن أكثر استرخاءً، مسترخياً بشدة. وأنت مدرك لكل شيء أقوله لك.

أنت مدركاً كذلك بأن عقلك مفتوح لأي افتراضات إيجابية قد أصيغها لإفادتك.

أنت تشعر بأنك أكثر استرخاءً عندما أقول افتراضاً أو تخميناً إيجابياً عن صحتك سوف يقبل هذا الإيحاء وتدرجياً عبر فترة من الوقت سوف تشعر بتحسن أكثر وأكثر حتى أنك لن تصبح هنا معي.

إيحاءاتي سوف تمر في عقلك وسوف تكون قادراً على تذكر كل شيء قد يؤثر في مشاعرك.

- وأفكارك.
- وسلوكك.
- وعندما تشعر بالاسترخاء أكثر عمقاً خلال هذه الجلسة ستجد طاقة جديدة للتكيف مع أى مشكلات قد تكون واجهتها حديثاً.
- طاقة جديدة للتخفيف من أى تعب.
- طاقة جديدة لمساعدتك فى التركيز على أهدافك.
- قوة جديدة للعقل والجسم للتعامل مع الضغط الداخلى والخارجى.
- وتدرجياً ستصبح منغمساً فى الحياة مجدداً تنظر للأمام فى كل يوم.
- وكل يوم تمر به تصبح أكثر استرخاءً أو أكثر هدوءاً أكثر من أى وقت آخر.
- وكل يوم ستشعر أنك بعيد عن التوتر وأكثر بعداً من الاهتمام بالقضايا والأمور غير المهمة.
- وعندما يحدث ذلك ستتمو ثقتك بأن مخاوفك القديمة ستصبح ذكريات بعيدة.
- وأسبوع بعد أسبوع، ويوم بعد يوم وساعة بعد ساعة ودقيقة بدقيقة وثانية بثانية ستتمو استقلاليتك.
- وأى قلق أو اكتئاب أو شعور بالذنب أو ضعف سوف تختفى حيث أنك تعلمت أن تتوافق مع الحياة.
- ليهدف إلى الانفعالات، والحالة الجسمية التى تتعلق بمشكلة العميل الحالية
- سوف تستطيع أن تواجه المواقف الصعبة بشكل أكثر سهولة.
- لن تسمع نفسك مجدداً تردد أنا لا أستطيع فعل ذلك لكن سوف تقول لنفسك بشكل منطقى "إنه غير سار لكنى يمكننى أن أواجهه".
- وكما تعلمت يمكنك مواجهة المواقف سوف توجل قليلاً وسوف تكون قادراً على البدء والاستمرار فى أداء مهامك أكثر سهولة.

سوف تتساءل هل الأشياء فعلاً صعبة قد تكون سيئة لكنها ليست مريضة؟

وكما تعتقد أنك يمكنك مواجهة المواقف، والأشياء النادرة لو كانت حتى مريضة ستكون قادراً على مواجهة مخاوفك بشكل أكثر سهولة.

لو فشلت فى مهمة ما سوف لا تعتبر نفسك فاشلاً تماماً أو غيبياً.

بل ذلك يعنى أنك لم تحقق هدفك.

لا أكثر، ولا أقل.

سوف تتعلم كيف تتقبل نفسك أكثر كشخص وليس فقط مجرد إنجازاتك.

كل قواعدك، ومطالبك الداخلية كثير منها غير ضرورى، والبيجات واللوازم.

سوف تتغير إلى تفضيلات، وتبعاً لذلك فإن مخاوفك سوف تقل.

الهدف يلائم الانفعالات الخاصة بالمريض للمشكلات الحالية

ومخاوفك الراهنة ستصبح جزءاً من الماضى.

سوف تكون قادراً على أن تلقىها بعيداً.

الإنهاء Termination: (Adapted Palmer, 1993b, ٤٣-٤)

خلال لحظات من الآن لكن ليس الآن سوف أقوم بالعد إلى ثلاثة وعندما أفعل ذلك سوف تفتح عينيك وتصحو وتشعر بالاسترخاء والانتعاش.

ستكون قادراً على تذكر أو نسيان ما تشاء بسبب جلسة التثويم التي قمت بها.

وسوف تكون كامل التحكم فى عقلك وجسمك.

وتصحو اليوم فى (أدخل اليوم، والساعة، والمكان).

وعندما أعد إلى ثلاثة سوف تصحو.

ليبدأ المعالج فى الحديث بصوت مرتفع مع كل رقم تدريجياً

- واحد.
- اثنان.
- ثلاثة.
- افتح عينيك عندما تريد.

تعليقات:

وجد ألبرت أليس Albert Ellis الذي وضع أصول العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن عمق الفشية trance التي يحرزها عملاؤه تُوجد اختلافاً بسيطاً من تأثير التتويج. ولذلك فقد يكون ضرورياً وجود حالة من الفشية العميقة وهي بعض الحالات تكون ذات نواتج مضادة إذا لم يركز العميل على مرحلة تقوية الأنا. ويوصى بأن يقوم العملاء بتسجيل جلسة التتويج ويستمعوا بانتظام لها في المنزل. ويشجع أليس العملاء على أن يستمعوا للشريط المسجل كجزء من الأساسيات اليومية لمدة شهر أو شهرين لتمكين رسائل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT من العمل (Ellis, 1986, 1993) وغالباً ما يستخدم إليس التتويج لمدة جلسة واحدة فقط. وإن كان ممكناً فإنه يفضل عدم استخدام التتويج مطلقاً بشكل مستقل بل يمكن أن يستخدمه كملحق مضاف للعلاج إذا كان ذلك ضرورياً.

الأعراض والأعراض المضادة Indications and Contraindications:

يوصف التتويج للاضطرابات النفسية الجسمية والأمراض المرتبطة بالقلق والفضيب، والقلق والريو، والحساسية والمشكلات السلوكية (مثل التدخين، واللوازم والنهم، والتحكم في الوزن)، الخجل (مع احمرار الوجه) الصداع النصفي بأنواعه، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وضغط الدم، والأرق، وزملة الألم المعدية المعوية، والألم، والخوف، والتوتر العضلي، والخجل، وأمراض الجلد (مثل الحكّة) والضعف، واضطرابات الكلام (اللجلجة) والصداع التوترى (انظر: Hartland, 1971; Kirsch, et al., 1995, 1999; Palmer, 1992b).

(Palmer & Dryden, 1995) ويستخدم التنويم منذ بداية القرن، إن لم يكن أبعد من ذلك، في "صدمة القوقعة" Shell shock أو عصاب الصدمة traumatic neurosis (انظر: Pfirter, 1917; Edgell, 1986). وهذه الظروف تُعرف الآن بأنها اضطرابات ما بعد الصدمة Post-traumatic stress disorders PTSD ومهما يكن أشارت البحوث إلى أن التنويم قد لا يكون هو التدخل المختار لاضطرابات ما بعد الصدمة مثل إعادة البناء المعرفي. سواء وحده أو مصحوب بالتعرض حيث يكون أكثر كفاءة (انظر: Palmer et al., 1995) ومن المشوق أن العلاج الدعمي هو أقل التدخلات تأثيراً بينما العلاج النفسى الدينامي المختصر هو بنفس قيمة التنويم، وهناك حاجة لزيادة البحوث في هذه المنطقة لأنه من الممكن لو أن التنويم تضمن التعرض للتخيلي وإعادة البناء المعرفي فهنا سيكون الأسلوب أكثر كفاءة. وتم مناقشة أسلوب مشابه لكن أقل كفاءة وتأثيراً في سياق أخرى (Moore, 1993).

وقد حذر بالمر ودریدن (1995) من استخدام التنويم إذا كان العميل تحت تأثير المخدرات أو الكحول، ويشكل عام فإن التنويم يحظر استخدامه للعملاء الذين يعانون من أمراض طبية نفسية حادة وشديدة، رغم أن ذلك يمثل تحدياً (انظر: Spiegel, 1983, Gafner & Young, 1998) ولا يوصى به لمرضى الهستيريا، ومرضى الأوجاع الانشقاقية حتى يتلقى العميل علاجاً لحل أي صراعات خبيثة. وافترض بالمر ودریدن أيضاً أن الحيطة يجب أن تتخذ عند استخدام التنويم مع العملاء الذين يعانون من الربو، والنصرع، أو الخدار Narcolepsy (أو أي أنواع وأشكال أخرى من الاسترخاء)، فربما في بعض الحالات تفجر وتثير الحالة المرضية.

خاتمة

وجد أن التنويم عند إضافته للعلاج المعرفى السلوكى أنه مفيد لعدد من الأفراد (Kersch et al., 1999) على الرغم أنه يعاني من بعض القصور، واعتماداً على كيفية تطبيقه فإن أسباب عدم كفاءته هي: (Palmer, 1997b)

- ١ - لا يعتبر التنويم تدخلاً أساسياً ومهماً من العلاج المعرفى السلوكى دون أن يقوم العميل مباشرة بنقض صدق معتقداته غيراً لمساعدة بنفسه.
 - ٢ - ليس بالضرورة أن يساعد التنويم العملاء على إعادة بناء معتقداتهم أكثر من أنفسهم.
 - ٣ - قد يشجع التنويم أسلوب التفكير السحري Magical thinking .
 - ٤ - قد لا يشجع التنويم العمل الجاد والتمارين خارج الجلسات العلاجية.
 - ٥ - قد يدعم التنويم فكرة أن التعثر يجب أن يكون سهلاً.
- وأياً كان، فكما يهتم العلاج المعرفى السلوكى المختصر بالاستخدام الكفء لعدد محدود من الجلسات لكي يتم إحراز نتائج علاجية جيدة فقد يكون مفيداً لنسبة معينة من العملاء.

الفصل التاسع

خطط علاجية

الفصل التاسع خُطط علاجية

Treatment Protocols

ذكرنا فى موضع سابق فى بداية هذا الكتاب، أن الشكل الأصلى، والنموذج الدقيق للعلاج المعرفى السلوكى، تم تطبيقه بشكل أكثر شمولاً فى علاج الاكتئاب، وأوردنا بعض التوصيات عند تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على الاكتئاب، واستخدمت هذه التوصيات فى الربط بين العمليات والأساليب فى العلاج المعرفى السلوكى، التى تم ذكرها على مدى فصول هذا الكتاب، والتى لا يمكن اعتبارها منفصلة عن بعضها بعضاً. ولقد قدمنا قسماً عن الانتحار، الذى يلقى انتباهاً خاصاً من المعالج ويعمل عليه حين وجوده (وقد يكون حقيقياً أو مقنعاً). ووجود الأفكار الانتحارية غالباً ما يؤدى إلى وجود قدر من القلق لدى المعالجين المتدربين.

اضطرابات الهلع Panic disorders:

- معلومات إضافية انظر:

Barlow and croske, (١٩٨٩); Beck, (١٩٨٧); Beck et al., (١٩٨٥); Clark, (١٩٨٦); Hackman, (١٩٩٨); Salkovskis, (١٩٨٨); Salkovskis, et al., (١٩٩١); Wells, (١٩٩٧).

- قابل العميل أسبوعياً.
- ضع أنت والعميل فروضاً حول الأفكار السلبية التى تختبر فيما بعد.
- الهدف الأساسى من العلاج، هو تعديل التفسيرات الكوارثية للاحاساسات الجسدية.
- استخدم التجارب السلوكية، لإعادة إنتاج وترميز الأعراض فمثلاً: التنفس الإرادى السريع داخل الجلسة.

- توليد بدائل وتفسيرات غير كوارثية، باستخدام التعليم النفسى، وتحدى الأفكار.
- اختبر صدق التفسيرات الكوارثية، وغير الكوارثية عن طريق المناقشة (الحوار السقراطى)، والتجارب السلوكية.
- إعادة إنتاج احساسات الهلع أثناء العلاج، واختبر مترتباتها أثناء الجلسة.
- اعمل مع العميل لكي يتغلى عن السلوكيات غير الآمنة.
- استخدم تدريبات الاسترخاء.
- انظر الفصل السابع (Goldfried & Bermtein, 1973; Daviron, 1976; Zacobron 1938; Ost, 1987; Palmer, 1993)

المخاوف الاجتماعية Social Phobia:

- لمعلومات إضافية أنظر:
- Beck et al., (1985); Liebowitz, et al., (1985); Locack & Salkovskis, (1988); Mattick, et al., (1989); Ost, et al., (1981); Wells, (1998).
- وضّح للعميل تأثيرات القلق والهلع.
- اشرح استخدام الاسترخاء، الذى يكون مصحوباً بالتعرض أثناء الاسترخاء، حيث تكون الأعراض فسيولوجية بشكل أساسى.
- فسّر التحكم فى فرط التنفس Hyperventilation (Salkovskis, et al., 1986).
- قدم للعميل نموذج العلاج المعرفى السلوكى للمخاوف الاجتماعية، واستكشف المخاوف الأساسية الخاصة بالتقييم السلبى.
- تناول تنبؤات العميل المبدئية عن المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، والتقييم المبالغ فيه للنتائج السلبية. واستخدم اختبار الفروض لمحص وعكس كل معتقد.

- إعادة البناء المعرفي: قم بتكرار تحديد أفكار بعينها وتحديدها الأمر الذي يقود العميل إلى المخاوف الاجتماعية.
- حدد أخطاء التفكير الشائعة، واختبرها، وافحصها.
- شجع العميل على التعرض لمواقف يمكن أن تُظهر التقييمات السلبية، حتى تسمح لأسوأ المخاوف، بالأ تقوى وتعزز. ويقوم المعالج بالتجهيز لذلك بشكل أساسي، مع التعرض لعدد من المواقف التي غالباً ما تكون مساعدة وإيجابية.
- عندما تكون الأعراض الغالبة سلوكية، استخدم علاجات سلوكية صرفة.
- وضح مهارات توكيد الذات self-assertiveness skills .
- ابتكر الواجبات المنزلية الملائمة.

اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety disorder:

- لمعلومات إضافية انظر: Andraws, et al., (1992); Butler & Booth (1993); Hunt & Butler, et al., (1991); Durham & Allan, (1993); Singh (1991); Wells, (1997).
- ناقش أهداف العلاج مع العميل في بداية العلاج، وطم بمضاهاة أهداف العميل مع أهداف المعالج.
- قدم منطلق العلاج، ومعلومات عن المرض، مشتملة على استراتيجيات إدارة القلق، والعلاج المعرفي السلوكي، والتعرض التدريجي.
- اعترف بأن الأنماط طويلة المدى من التفكير والسلوك، يمكن تغييرها، لكنها استمرت لسنوات طويلة، وأصبحت اعتيادية لذلك فلن تتغير بين يوم وليلة.
- ادفع العميل لأن يتحمل مسؤولية التغيير في سلوكه، ويدرك مدى الحاجة للتدريب على المهارات التي يتعلمها.
- درب العميل أن يقيم الخطر واقعياً.

- اعط منطقتاً لإهمال وتجاهل الحاجة للأمن.
- لاحظ الحاجة للأمن خارج الجلسات.
- أكد أهمية الانتظام في أداء الواجبات المنزلية.
- استخدم صياغة مشكلات العميل لمساعدته في فهم أعراضه، وإعطاء توضيح لإطار عمل العلاج المعرفي السلوكي.
- اشرح طرق وأساليب الاسترخاء، وناقش أهميته.
- ساعد العميل على التعرف على التوتر.
- ساعد العميل في تحديد أخطاء التفكير غير الواقعي، والقلق وكيفية التعامل معه.
- قدم أساليب الإلهاء distraction techniques .
- قم ببناء استراتيجيات التعايش والمواجهة، للتعامل مع المواقف المهددة.
- ركز على أي تحاشيات واعط منطقتاً لها.
- ركز على برامج التعرض التدريجي - استخدم التعرض التخيلي imaginal exposure .
- قدم أساليب حل المشكلات problem-solving techniques .

الاكتئاب Depression:

- لمعلومات إضافية أرجع لـ (Abramson, et al., (1978); Beck, (1987); Beck et al., (1979); Fennell & Teasdal (1987); Lewinsohn, et al., (1982); Rehm (1982); Scott, (1988)
- شجع العميل على تقبل الاكتئاب.
- قيم الصعوبات الراهنة.
- اتفق على قائمة المشكلات.
- حدد الأهداف.
- قيم فقدان الأمل، والأفكار الانتحارية خلال الجلسة الأولى، وحدد مدى خطورة الأفكار.

- أسأل أسئلة ، واجمع معلومات في حالة ما إذا تم وضع خطة أم لا لمحاولة الانتحار، فكيف سيتخلص منها، وماذا يمنع العميل من أن يفعلها. ولزيادة من المعلومات عن الانتحار انظر القسم الأخير من هذا الفصل.
- راقب مزاج العميل.
- اشرح النموذج المرضي.
- طور الصياغة المعرفية.
- درب العميل على ملء جداول النشاطات السارة، وجدولة الإنجازات، وقدر لكل نشاط من صفر - 10 .
- حدد الأفكار الآتية.
- حدد، واعمكس أخطاء التفكير باستخدام التجارب.
- درب العميل على أساليب إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات.
- درب العميل على استراتيجيات التصدي والتواجهة.
- جهز العميل للتوقف.
- تأكد من تصدي العلاج لتقليل الانتكاسات والانتكاسات المؤقتة.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder:

- لمعلومات إضافية ارجع ل: Foa (1979); Foa, et al., (1982a, b) (1980); Salkovskis (1980); Salkovskis & Warwick (1980); Salkovskis & Westbrook (1987); Salkovskis, et al., (1988); Wells (1997)
- وضع منطلق العلاج، مشتملاً على التعرض التدريجي، ومنع الاستجابة، والتعويد Habituation وإعطاء الأمثلة.
- تأكد من إدراك العميل لأهمية اضطلعه بدور نشط في علاج نفسه.
- عند ظهور أفكار ملحة، مع وجود طقوس سلوكية، اطلب من العميل أن يدون الهاديات أو المثيرات التي تسبب عدم الراحة، ومدى إلحاح ظهورها، وارتباطها بالاستجابة لكل منبه.

- ناقش دور القلق الاستباقي Anticipatory Anxiety، مؤكداً حقيقة أن استباق الصدمة غالباً ما يكون أكثر إثارة للقلق من المواجهة الواقعية الطبيعية. ووضح ذلك خلال الجلسة.
- افحص المعتقدات غير المساعدة وناقشها، خاصة عند الحاجة للمعرفة، والتحكم والمسؤولية.
- ابحث عن أساليب العميل المشتتة أثناء التعرض التدريجي.
- حدد ما إذا كانت الأفكار الملحة، موجودة، أم هي استجابة طبيعية لكل فكرة.
- قم بعمل ترتيب تصاعدي للوساوس، واطلب من العميل الإحجام عن الحيادية.
- عرض العميل لأقل قدر من القلق، يثير الأفكار باستخدام شريط تسجيل صوتي، وقدر معدل عدم الراحة والقلق (انظر الفصل السابع).
- ضع مهام مشابهة كمهام وواجب منزلي.
- وعندما يأخذ التعود (التعويد) مكانه، فقد يكون من الملائم تنويع نغمة، أو ضوضاء الشريط، أو الاستماع للشريط في مواقف تجنبية سابقة.
- قد يكون هناك أساليب أخرى للتعويد وتكون مناسبة مثل: إعادة كتابة الأفكار الملحة، مصحوبة بمنع الاستجابة.
- تكون المهام في الواجب المنزلي، جزءاً تكملياً من العلاج، مثل منع الاستجابة ذاتي التوجه.

ضغوط ما بعد الصدمة Post-traumatic Stress Disorder

- لمعلومات إضافية ارجع لـ: Andrews, et al., (١٩٩٤); Barlow, (١٩٨٨); Foa & Kozak, (١٩٨٦); Foa, et al., (١٩٨٩); Ockberg (١٩٩٦); Scott & Palmer (٢٠٠٠); Scott & Strading (١٩٩٢; ١٩٩٨).

- اختر استراتيجيات المواجهة التي عادة ما تتضمن التحاشي المعرفي والانفعال.
- حاول أن تعرف ما إذا كانت هذه الاستراتيجيات تعمل أم لا، ولأى مدى.
- اشرح استراتيجيات مواجهة إنتاجية للتعامل مع الذكريات الداخلية.
- تعامل مع الذاكرة (مواجهة الذاكرة).
- ساعد في عدم إغفال الذكريات الإيجابية.
- ساعد العميل في أن يرى نفسه جزء من الصدمة (صدمة ليست متعلقة بالذات)، وأنه ليس مجرد ضحية، أو مجرد ناج، لكنه شخص كامل ومتكامل له تاريخ سابق ولاحق للحدث.
- شجع العميل على أن يكون نشطاً ذاتياً، ويجدول الأشياء المهمة لكي يؤديها.
- درّب العميل على أساليب حل المشكلات.
- تناول الذات القديمة، والطريقة القديمة للتفاعل قبل التعرض للصدمة.
- قلل الشعور بالعجز الذي فجرتة الصدمة.
- حدد الموضوعات والقضايا الخاصة بالشعور بالذنب.
- أعد كتابة نص الصدمة.
- ساعد العميل في إعادة اتصانه بالآخرين، وتحديد أهداف الحياة، شجع الكلام مع الشريك/ الأسرة عن الصدمة.
- حدد أهدافاً جديدة وقسمها إلى خطوات صغيرة قابلة للتعامل معها.
- ركز على أخطاء التفكير. قبل وبعد الصدمة. وساعد العميل على تحديد استخدامه لها.
- حدد المعتقدات المحورية المتصلة بالصدمة، واختبر، وطور معتقدات إيجابية مساعدة بديلة.

- ركز على تفعيل المعلومات الانفعالية. فمثلاً: درب العميل أن يتوقف ويفكر من خلال معنى الفعل ما، بدلاً من الدخول في سلوك ما كاستجابة.
- ساعد في تسمية، وفهم وضع العميل الانفعالي.
- استخدام أساليب تخيل ملائمة للمساعدة في تفعيل الحدث الصارم.
- التعرض لمواقف مناسبة يتم تحاشيها.
- شجع الاستمرار في خبرات ما قبل الصدمة.
- علم أسلوب الاسترخاء لو كان ذلك ضرورياً.
- مهد للارتداد المؤقت، والانتكاس.

مخاوف نوعية Specific Phobias:

- لمعلومات إضافية أرجع ل: Andrews, et al., (1994); Barlow, (1988); Beck, et al., (1986); Foa & Kozac (1986); Marks, (1986); Ort (1966); Wolpe & Lazarus, (1987).
- حدد بؤرة المخاوف الخاصة للعميل، والتي قد تكون موضوعاً (كلب على سبيل المثال) أو موقفاً (كالارتفاعات).
- المخاوف من دم الجروح Blood injury phobia متفرداً في أن العميل قد يصاب بالإغماء عند التعرض لموقف مثير.
- الهدف الأساسي للعلاج يتركز على ثلاثة محاور: (١) تقليل مستوى القلق عند التعرض لموضوع أو موقف مخيف. (٢) تقليل القلق الاستباقي. (٣) تقليل تجنب الموضوعات أو المواقف المخيفة.
- يكون اتجاه العلاج سلوكياً بشكل رئيسي، يتم تشجيع العميل لمواجهة المواقف والموضوعات المخيفة (التعرض).
- يجب أن يكون التعرض متحدياً ولكن ليس مستحيلًا.
- يتطلب التعرض أن يكون طويلاً بشكل كافٍ حتى يحدث خفض مستوى القلق.

- استخدام مقاييس لقياس مستويات القلق، ومراقبة التحسن والتقدم: انظر الفصل الرابع.
- يفضل استخدام التعرض الواقعي عن التعرض الخيالي (التخيلي).
- يتم تطوير برامج التعرض بشكل تعاوني مع العميل.
- ابدأ برنامج التعرض باستخدام أقل المواقف، أو الموضوعات إثارة للقلق والخوف أو تقدم نحو أكثرها إثارة للخوف (على سبيل المثال: من العنكبوت الصغير، إلى عنكبوت أكبر وأكثر خطورة).
- يستخدم التطمين المنظم systematic desensitization التعرض التدريجي graded exposure على مستوى التخيل مصحوباً بالاسترخاء، لتقليل مستوى القلق.
- المكونات المعرفية هي استخدام العبارات التوافقية الذاتية، وإعادة التسمية، وإعادة تقييم مواقف، وموضوعات الخوف. وذلك يساعد ويدعم التعرض ويساعد في تجنب التوقف المبكر عن العلاج (التسرب).

العلاج أحادي الجلسة Single session therapy:

- لمزيد من المعلومات ارجع لـ Ellis (١٩٩٥); Ellis, et al., (١٩٩٨); Feltham (١٩٨٦); Palmer & Lazarus (١٩٩٧); Marks (١٩٨٩); McMullin (١٩٨٦); Dryden (١٩٩٥); Talmon (١٩٩٠).
- غالباً ما يستخدم العلاج أحادي الجلسة، عندما يطلب العميل ملاحظات وإرشادات قصيرة، تمكنه من أن يتعامل مع مهام خاصة، أو أزمات أو مواجهة موقف معين، يكون خائفاً منه في بعض الأحيان، مثل: تقديم عرض في العمل.
- وقبل العلاج، أخبر العميل أن العلاج قد يستغرق ما بين ساعة وساعتين، ولو كان ممكناً اكتشف كيف تبدو المشكلة ثم وجه العميل إلى مصادر العلاج بانقراء المعرفية السلوكية الملائمة، والتي تتصل بمشكلاته مثل: الكتب، والمقالات، والنشرات، وشجع العميل على أن

يسجل الجلسة صوتياً لكي يتمكن من الرجوع لها بعد العلاج، ليتذكر من خلالها أساليب العلاج، وكيفية تطبيقها. وضح حدود العلاج أحادي الجلسة، مثل: الأهداف المحددة. ضع جدول أعمال ثم دون المشكلة الهدف. ويجب أن يكون المعالج واقعياً، ويتجنب المبالغة في جلسة واحدة. طور وشارك العميل في صياغة سريعة حيث تركز على المعتقدات والسلوكيات غير المساعدة التي ترتبط بالمشكلة الهدف، ضمن طرق مقاومة العميل ومصادر الدعم المحتملة والمتاحة، سجل أى شئ يجده العميل محسناً لمشكلته، وكن توكيدياً، فلو حاول العميل مناقشة أى قضايا أخرى ذكره بأن الوقت المتاح محدود، واسأل العميل هل مناقشة هذه القضايا الأخرى سيساعده في حل المشكلة التي اتفقنا عليها سابقاً.

- ولو أمكن استخدم التعرض الحى خلال الجلسة إذا كان العميل يعاني من المخاوف، واستخدم الاقتصاد اللفظى، وتجنب تقديم تفسيرات واسعة وشاملة، وبمضى كل نصف ساعة تقريباً، ذكر العميل بالوقت المتبقى له من الجلسة، وركز على ذلك.
- واعتماداً على العميل حدد أى المعتقدات يمكن التركيز عليها في الجلسة، مثل: الأفكار السلبية الآلية، المعتقدات الوسيطة، المعتقدات المحورية، أو تصاحبها معاً، ولو كان مناسباً، ناقش ذلك مع العميل، وتذكر أن جلسة واحدة عادة ما تكون غير كافية بتعديل المعتقدات المحورية، فكن واقعياً في توقعاتك.
- استخدم تدخلات وأساليب بسيطة وقوية تركز على المعتقدات غير السارة، والسلوكيات. واستخدم الاسترخاء لو كانت الاستتارة النفسية عالية.
- مارس الأساليب المناسبة خلال الجلسة لتتأكد من أن العميل يعرف كيف يستخدمها، فلو استخدمت أسلوب حل المشكلات، فقم بتقسيم

المشكلة إلى خطوات صغيرة، قابلة للتعامل معها، ولو أمكن استخدام عبارات المواجهة والتدريب على التخيل والاسترخاء.

- ولكي تختبر إذا كانت جلسة العلاج جيدة، شجع العميل على أن يعطي تقريراً عن مدى تحسنه (عن طريق البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الهاتف).

الانتحار Suicide:

- لمزيد من المعلومات ارجع لـ Beck et al., (١٩٧٤); O.D. (١٩٧٦); Curwin (١٩٩٢); Schmeidman (١٩٩٧); Robins, et al., (١٩٥٩); Roy (١٩٨٢), (١٩٩٢); Symands (١٩٨٥); Weishoar & Beck (١٩٩٢).

هناك بعض الاستخبارات التي تتعلق بالانتحار مثل:

- ١ - قياس مبررات الحياة Reasons of living scale لقياس خصائص التوافق في الانتحار. (Linham, ١٩٨٥)
- ٢ - مقياس أفكار الانتحار Scale for suicide ideation . (Beck et al., ١٩٧١)
- ٣ - مقياس اليأس Haplessness scale لقياس درجة الخطر للانتحار. (Beck et al., ١٩٧٤d)
- ٤ - مقياس التنبؤ بالانتحار Prediction of suicide scale . (Beck et al., ١٩٧٤)
- ٥ - مقياس لوس أنجلوس للوقاية من الانتحار Los Angles Suicie prevention scale . (Los Angles Center for Suicide Prevention, ١٩٧٣)
- ٦ - قائمة بيك للاكتئاب Beck depression inventory . (Beck, ١٩٧٨)

العوامل المرتبطة بزيادة الخطر:

- معظم الأفراد الذين قاموا بمحاولات ناجحة للانتحار، عقدوا العزم أو النية بشكل واضح أمام فرد آخر على الأقل.

- أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث، لكن يزداد الخطر لدى الرجال الأصغر سناً.
- يزداد الخطر مع العمر، ويكون الأفراد الذين يعانون الوحدة، والأرامل والمطلقين أكثر عرضة.
- اعط اهتماماً خاصاً للأفكار (المعارف)، التي ارتبطت بمحاولات الانتحار السابقة، فالمحاولات السابقة للانتحار، قد تكون منبئة عن أن الانتحار قد يكون كاملاً في المستقبل.
- اعط اهتماماً خاصاً لأي دوافع أو اندفاعات حالية للانتحار.
- تظهر المعارف الخاصة بفقْدان الأمل، واليأس، كواحدة من أكثر المنبئات بالتفكير الانتحاري.
- لو اعتقد العميل بقوة أن الحياة دائرة ليس لها نهاية من الألم الانفعالي، والإحباط، فقد يشير ذلك إلى أن الانتحار يبدو كاختيار متاح، أفضل من الحياة.
- خطة الانتحار المحكّمة الدقيقة بأسلوب مميت، فإن الـ ٢٤ ساعة إلى ٤٨ ساعة التالية لها تشكل خطراً. فالأفراد هنا يحتاجون إلى بيئة آمنة أو إيداع بالمستشفى.
- العملاء الذين يعانون من حياة مهددة، أو أمراض عضوية مزمنة، يكون معدل الخطر لديهم أعلى من أولئك المكتئبون، أو الذين يعانون من أمراض نفسية مزمنة.
- يكون معدل الخطر أعلى لدى متعاطي المخدرات والكحوليات، والمعزولين اجتماعياً، والعاطلين عن العمل.

التدخلات العلاجية:

أي فرد يرغب في إنهاء حياته، غالباً ما يجد طريقة ما ليفعل ذلك، ومن المهم أن نأخذ كل وسائل الانتحار على محمل الجد، وذلك معروف في

سياقات عديدة فمثلاً: سلوك التوقف عن الطعام والشراب، والتخلص من الممتلكات الشخصية، وفقد رباطة الجأش، وتضخم المخاوف الشخصية، وكتابة رسائل يعترف فيها بتصورات مختلفة وعديدة عن الانتحار، وصور أو رموز أخرى، أو كلمات لفظية عن أفكار تتعلق بالانتحار. لا تخف من توضيح أفكار الانتحار مع العميل. فذلك لا يجعل الانتحار أكثر احتمالاً لو اتبعت الخطوات التالية:

- استهدف أفكار اليأس.
- ركز على تقوية أفكار ورغبة الحياة، وضعف أفكار ومناقشات الموت والانتحار.
- درب العميل على أساليب حل المشكلات، ودرب مهارات:
 - الوعي بالتغير في المزاج.
 - الوعي بالأفكار السلبية.
 - قدم تجارب معرفية سلوكية.
- ساعد العميل في وضع خطة لسلوكيات إيجابية كبداية للانتحار.
- خصص وقتاً، وانتبهاً للأفكار الانتحارية، أو المحاولة الحديثة للانتحار.
- ساعد العميل على تبني الأمل في المستقبل، وذلك بمساعدته على أن يرى أن هناك بدائل أخرى تجعله لا يفكر في الانتحار.

قائمة المراجع

- 1) endogenous depression: part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. Behavior Therapy. 22: 469-77.
- 2) Trower, P. Casey, A. and Dryden, W. (1988) Cognitive Behavioural Counselling in Action. London: Sage.
- 3) Truax, C.B. and Carkhuff, R.R. (1967) Towards Effective Counselling and Psycho-therapy. Training and Practice. Chicago: Aldine.
- 4) Vaillant, G. (1977) Adaptation to Life. Boston: Little Brown.
- 5) Wanigaratne, S. and Barker, C. (1995) 'Clients' preferences for styles of therapy, British Journal of Clinical Psychology, 34: 215-22.
- 6) Wasik, B. (1984) 'Teaching parents effective problem-solving: a handbook for professionals. Unpublished manuscript. Chapel Hill: University Of North Carolina.
- 7) Weishaar, M.E. and Beck, A.T. (1992) 'Hopelessness and suicide', International Review of Psychiatry, 4: 177-84.
- 8) Weissman, A. (1979) 'The dysfunctional attitude scale: a validation study'. Dissertation Abstracts International, 40: 1389-90B (University Microfilm no. 79-19.533).
- 9) Weissman, A. (1980) 'Assessing depressogenic attitudes: a validation study'. Paper presented at the 51st Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Hartford, Connecticut.
- 10) Weissman, A. and Beck, A.T. (1978) 'Development and validation of the dysfunctional attitude scale'. Paper presented at meeting of the Association for the Advancement of behavior Therapy, Chicago., November.
- 11) Wells, A. (1995) 'Meta-cognitions and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder'. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23: 301-20.
- 12) Wells, A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practical Manual and Conceptual Guide. Chichester: John Wiley & Sons.

- 13) Wells, A. (1998) 'Cognitive Therapy of Social Phobia', in N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock (eds), *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 14) Wessely, S., Rose, S. and Bisson, J. (1997) 'Brief psychological interventions (debriefing) for treating trauma-related symptoms and preventing post-traumatic stress disorder (cochrane review)', in the *Cochrane Library*, 1, 1999. Oxford: Update Software.
- 15) Wolpe, J. and Lazarus, A.A. (1966) *Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon.
- 16) Woody, G.E. Luborsky, L., McChellan, A.T., O'Brien, C.P., Beel, A.T., Blaine, J., Herman. I. and Hole, A. (1983) 'Psychotherapy for opiate addicts: does it work?'; *Archives of General Psychiatry*, 40: 1081-6.
- 17) World Health Organisation (1992) *International Classification of Diseases*, 10th edn Genva: WHO.
- 18) Young. J.E. (1991) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A. Schema-focussed Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- 19) Young. J.E. (1992) *Schema Conceptualisation Form*. New Yourk: Cognitive Theerapy Center of New Yourk.
- 20) Zetzel. E. (1968) *The Capacity of Emotinal Growth*. New Yourk: International Universities Press.

الفهرس

٣	تصدير المترجم
٥	مقدمة المؤلفين
٨	تقديم بقلم: رئيس تحرير السلسلة
١٥	الفصل الأول
٢٩	الفصل الثاني: إطار العمل المعرفى السلوكى
٦١	الفصل الثالث: التقييم
٨١	الفصل الرابع: مرحلة بداية العلاج
١١٩	الفصل الخامس: مرحلة العلاج الوسطى
١٥١	الفصل السادس: مرحلة إنهاء العلاج
١٦٣	الفصل السابع: أساليب وإستراتيجيات إضافية
١٩٥	الفصل الثامن: للتنويم كمساعد للعلاج المعرفى السلوكى
٢١٤	الفصل التاسع: خطط علاجية
٢٢٧	قائمة المراجع
٢٢٩	الفهرس