

# العلاج المعرفي السلوكي

تأليف  
مايكل نينا  
ويندي درايدن

ترجمة  
د. عبد الجواد خليفة أبو زيد



نقطة أساسية وتكنيك



مكتبة الأنجلو المصرية

# العلاج المعرفي السلوكي

١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك

تأليف

مايكل نينا  
ويندي درايدن

ترجمة

د. عبد الجواد خليفة أبو زيد



مكتبة الأنجلو المصرية

## الهداء

إلى صديقي، وقرّة عيني، وأول الغيث، ابني الحبيب أحمد

إلى قلب أبيها، وواسطة العقد، ابنتي الجميلة ملك

إلى روح أبيها، ونبع الحب، والبهجة، ابنتي الجميلة ليلي

عبد الجواد خليفة

## مقدمة الطبعة العربية

يعد العلاج المعرفي السلوكي، أحد العلاجات النفسية التي نمت وتطورت من خلال البحوث العلمية، وأظهرت تلك البحوث أن العلاج المعرفي السلوكي من أكثر العلاجات النفسية فاعلية في علاج كثير من الاضطرابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والمخاوف، والاضطراب الوجداني، وسوء استخدام المواد المخدرة، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الطعام، وعدد متنوع من الاضطرابات النفسية الأخرى، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على الوقت الحاضر، وعلى تعلم مهارات متنوعة، وطرق تفكير جديدة، والتدريب على حل المشكلات، وعلى أهمية الواجبات المنزلية، والتعاون بين المعالج والمريض، وينتمي الكتاب الذي بين أيدينا إلى منحنى العلاج المعرفي السلوكي، ويرجع اختيار ترجمة هذا الكتاب إلى عدة أسباب من أهمها، ندرة الكتب العربية في مجال العلاج المعرفي السلوكي، وتوفير أحد مصادر العلاج المعرفي السلوكي الذي يتميز بالحدائثة، والبساطة، والوضوح، والتنظيم، والذي يمكن أن يستفيد منه المعالجون المبتدئون، والمحترفون على حد سواء، وكذلك تصحيح بعض الأخطاء الشائعة التي يقع فيها بعض المعالجين، ويمكن كذلك اعتباره إطاراً مرجعياً للمتدربين، والمرشدين النفسيين المهتمين بهذا النوع من العلاج، إلى جانب تركيز الكتاب على عرض التكنيكات العلاجية دون الإسهاب في الإطار النظري، وهو الاتجاه الذي نميل إليه ونتبناه، والذي يميز هذا الكتاب عن كثير من المصادر الأخرى.

يتضمن الكتاب الذي بين أيدينا شرحاً مبسطاً لمئة نقطة أساسية، وتكنيك علاجية، وتشمل تلك النقاط والتكنيكات المئة نظرية العلاج المعرفي السلوكي، والأخطاء الشائعة حول العلاج المعرفي السلوكي، وصياغة الحالة، وطرق اكتشاف الأفكار الآلية والرد عليها، وطرق اكتشاف المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية وتعديلها، وإدارة الانتكاس، بالإضافة إلى شرح موجز للموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.

هناك بعض النقاط التي وجب الإشارة إليها في مستهل هذا الكتاب، ومن أهم تلك النقاط، استخدام كلمة «مريض» بدلاً من كلمة «عميل» على الرغم من شيوع

كلمة «عميل» في الأصل الأجنبي الذي تُرجم، وهناك جدل مشتعل حول استخدام كلمة «مريض» في مقابل كلمة «عميل» في الأوساط العلمية المهمة بالعلاج النفسي، ولسنا بصدد مناقشة هذا الجدل أو تعميقه، ولكننا فضلنا استخدام كلمة «مريض» بدلاً من عميل لعدة أسباب تمثل قناعتنا الشخصية، ومن أهمها:

- تأكيد بعض المعالجين أن من يطلب المساعدة لا يعنيه المصطلح الذي تطلقه عليه سواء استخدمت لفظ «مريض» أم استخدمت لفظ «عميل»، والمهم هو جودة الخدمة المقدمة.
- يرفض بعض المعالجين استخدام كلمة عميل لأنها تصور مقدم الخدمة كرجل أعمال، وطالب الخدمة كعميل، وتعكس اهتماماً بالمعاملات المادية أكثر من تقديم الرعاية الصحية النفسية، وأن هذا المصطلح يسيء إلى العلاقة بين المعالج والمريض.
- على الرغم من أن الكلمات التي نستخدمها تعكس تفكيرنا في المساعدة التي نقدمها، وأن المصطلح الذي يستخدمه المعالج مهم، ليس بسبب ما يظنه المريض، ولكن بسبب ما يظنه المعالج، حيث يعكس كل من المصطلحين أيديولوجية المعالج، ورغم شيوع استخدام كلمة «مريض» من قبل الأطباء، حيث تصور كلمة «مريض» المرء على أنه يعاني الأذى والقصور، والضعف، وبحاجة إلى تشخيص دقيق من أجل تقديم العلاج الملائم، ورغم إدراج كلمة عميل في الكتابات والممارسات العلمية للتعبير عن رفض الطريقة الطبية، واستخدام كلمة «عميل» كتعبير إنساني يعكس القدرة على النمو والتغيير، حيث يكون العملاء على دراية بما هو أفضل بالنسبة إليهم، وأن المشكلات النفسية ليست أمراضاً يجب علاجها، ولكنها حالات ذاتية واغتراب اجتماعي، فالعلاج ليس موجهاً نحو المرض، ولكن نحو مساعدة الأشخاص على إيجاد حلول واتجاهات جديدة في الحياة، فنحن لا نتفق مع تلك الآراء رغم وجاهتها، فنحن مرضى لدى أطباء الأسنان، وأطفالنا مرضى لدى أطباء الأطفال، وهكذا، وهذا لا يعني أننا أو أطفالنا عاجزون، وإنما يعني أننا فقط بحاجة إلى رعاية خاصة تجاه شكوانا، ومن هنا فنحن نميل أكثر إلى استخدام كلمة مريض لأنها أكثر تعبيراً عن معاناة المريض، الذي قد يتسبب مرضه في إنهاء حياته في بعض الأحيان، أو تعطلها وانهيارها في أحيان أخرى.
- يشير كثيرون إلى أن استخدام كلمة «مريض» هي الأكثر ملاءمة في الممارسات العلاجية النفسية لأربعة أسباب:

**الأول:** أنها أكثر دقة، فأصل كلمة «Patient» في اللاتينية تشير إلى الشخص الذي يعاني ويحتاج إلى رعاية خاصة للتخفيف أو التخلص من تلك المعاناة.

**الثاني:** أنها تعبر عن قدر أكبر من المسؤولية، حيث يوجد فرق كبير في طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض مقارنة بالعلاقة بين مقدم الخدمة والعميل، ومن ثم تختلف مسؤولية المعالج تجاه المريض حيث يكون المعالج في بعض الحالات مسؤولاً عن حياة المريض، وكذلك مسؤولاً عن كم كبير من التفاصيل التي يعرفها عن المريض.

**الثالث:** الحميمية، حيث يفوق مستوى الحميمية في العلاقة العلاجية ما تحمله كلمة «عميل» من معانٍ، وذلك لأننا نلتقي بالمرضى في أحلك أوقاتهم، ونناقش أعمق أسرارهم، وفي كثير من الأحيان نلتقي بذويهم إذا كان ذلك في مصلحة العملية العلاجية.

**الرابع:** الثقة، حيث تؤسس العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض على الثقة، فلا يمكن تحقيق الأهداف العلاجية دون ثقة المريض في المعالج، وفي المنحى الذي يتبناه.

وخلاصة القول أن الجدل حول كلمة «مريض» في مقابل كلمة «عميل» ليس جدلاً حول الكلمة المستخدمة، أو حول ما يجب أن يسمعه طالب المساعدة، ولكن حول الطريقة التي يفكر بها المعالج.

من النقاط المهمة التي وجب التنبيه لها أيضاً تغيير بعض الأمثلة، وعدم الالتزام بالترجمة الحرفية لتلك الأمثلة، وذلك لعدم ملاءمتها للثقافة العربية، كذلك شرحت بعض التعبيرات التي وردت مقتضبة في الأصل الأجنبي، التي قد يجهلها بعض القراء، وتم شرحها، ووضعها في الهامش أسفل الصفحة التي ورد بها كل تعبير من هذه التعبيرات.

أشكر الله الذي وفقني لاختيار هذا الكتاب، ومنحني الصبر، والتوفيق، والإرادة لترجمته، وأسأله أن يكون علماً نافعاً، وعملاً متقبلاً، وأرجو لكم قراءة ممتعة.

**د. عبد الجواد خليفة أبو زيد**

القاهرة ديسمبر ٢٠١٨م

## العلاج المعرفي السلوكي

طبّق العلاج المعرفي السلوكي، في العقود الثلاثة الأخيرة على عدد كبير من المشكلات (بما في ذلك اضطرابات القلق، وسوء استخدام المواد المخدرة، واضطرابات الطعام) وكذلك على عدد متنوع من الجماهير (الأطفال، والمراهقين، والمسنين) ويوصي المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي خياراً أول لعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية.

يمثل كتاب «العلاج المعرفي السلوكي: ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك» شرحاً دقيقاً وموجزاً لمئة نقطة أساسية وتكنيك علاجي شائع في مجال العلاج النفسي، ويحظى بدعم الأدلة التجريبية، وتغطي هذه النقاط والتكنيكات المئة نظرية العلاج المعرفي وتطبيقاته، مقسمة إلى عدة أقسام لتحقيق أكبر استفادة ممكنة، وتتضمن تلك الأقسام:

- المفاهيم الخاطئة حول العلاج المعرفي السلوكي.
- تعليم النموذج المعرفي.
- التقييم وصياغة الحالة.
- الواجبات (واجبات المساعدة الذاتية).
- طرق اكتشاف الأفكار الآلية السلبية، والرد عليها.
- التجارب السلوكية.
- المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية.
- إدارة الانتكاس.
- الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.

أما عن الطبعة الثانية من هذا الكتاب، التي بين أيدينا الآن، فقد روجعت، وحُدث عدد كبير من النقاط فيها، وأضيف عدد من النقاط الجديدة إليها. ويعد هذا الكتاب المفيد دليلاً أساسياً بالنسبة إلى المعالجين، والمرشدين النفسيين، من المتدربين أو المتخصصين على حدٍ سواء، الذين يحتاجون إلى التأكد من أنهم على دراية كاملة بالخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، كجزء من مقدمة عامة عن العلاجات النفسية الأساسية الحالية.

**مايكل نينا Michael Neenan**: المدير المساعد لمركز إدارة الضغوط،  
ومركز التوجيه والإرشاد بمدينة بلاك هيلث، لندن، والمعالج المعرفي السلوكي  
المعتمد، الذي قام بكتابة وتحرير أكثر من ٢٠ كتابًا.

**ويندي درايدن Windy Dryden**: أستاذ دراسات العلاج النفسي في كلية  
جولد سميث، جامعة لندن، وأحد البارزين عالميًا في العلاج السلوكي العقلاني  
الانفعالي، وقد عمل بالعلاج النفسي أكثر من ٣٠ عامًا، وهو مؤلف ومحرر أكثر  
من ٢٠٠ كتاب.



**إلى لورانس، لدعمه وإخلاصه الدائم  
مايكل نينا**

## الفهرس

ق ..... تقديم

### الجزء الأول

#### نظرية العلاج المعرفي السلوكي

- ١ - ليست الأحداث في حد ذاتها هي ما يحدد مشاعرنا، ولكن الطريقة التي  
٣ نفسر بها تلك الأحداث.....
- ٥ - تصبح معالجتنا للمعلومات مشوهة عندما نتعرض لتجربة انفعالية سيئة
- ٣ - عادة ما يفهم الاضطراب الانفعالي عن طريق فحص ثلاثة مستويات من  
٧ التفكير.....
- ٤ - يوجد تفاعل بين الأفكار، والمشاعر، والسلوك، والجوانب الفسيولوجية،  
١١ والجوانب البيئية.....
- ٥ - يُنظر إلى ردود الفعل الانفعالية تجاه الأحداث على أنها تمثل متصلاً.....  
١٣
- ٦ - للاضطرابات الانفعالية محتوى معرفي خاص.....  
١٤
- ٧ - القابلية المعرفية للإصابة بالاضطرابات الانفعالية.....  
١٥
- ٨ - أفكارنا ومعتقداتنا كلها يسهل الوصول إليها.....  
١٧
- ٩ - اكتساب الاضطراب الانفعالي.....  
١٩
- ١٠ - استمرارية الاضطراب الانفعالي.....  
٢١
- ١١ - المريض كما لو كان عالماً.....  
٢٣

### الجزء الثاني

#### مفاهيم خطأ حول العلاج المعرفي السلوكي

- ١٢ - المرضى الأذكىء والمتحدثون فقط يمكنهم الاستفادة من العلاج المعرفي  
٢٧ السلوكي.....
- ١٣ - لا يركز العلاج المعرفي السلوكي على المشاعر.....  
٢٨
- ١٤ - العلاج المعرفي السلوكي هو -في الأساس- التفكير الإيجابي.....  
٣٠
- ١٥ - يبدو العلاج المعرفي السلوكي بسيطاً جداً.....  
٣٢

٣٤	١٦- العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا تخفيفاً للأعراض.....
	١٧- لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بخبرات الطفولة، أو أحداث الحياة الماضية.....
٣٦	١٨- لا يستخدم العلاج المعرفي السلوكي العلاقة العلاجية كوسيلة لتغيير المريض.....
٣٨	١٩- لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالعوامل الاجتماعية والبيئية التي تسهم في مشكلات المريض.....
٤٠	٢٠- العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا تطبيق المنطق السليم على مشكلات المريض.....
٤٢	٢١- العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا توجهاً تكتيكياً.....
٤٤	

### الجزء الثالث

### تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي

#### فإنبدأ

٥١	٢٢- تهيئة المشهد.....
٥٤	٢٣- تقييم المريض.....
٥٧	٢٤- تقييم مدى ملائمة المريض لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي.....
٦٠	٢٥- هيكل الجلسات العلاجية.....
٦١	٢٦- وضع جدول الأعمال.....
٦٣	٢٧- وضع قائمة المشكلات.....
٦٥	٢٨- الاتفاق على الأهداف.....
٦٧	٢٩- تعليم النموذج المعرفي.....
٦٩	٣٠- صياغة الحالة.....
٧٣	٣١- وضع خطة العلاج.....

#### طرق اكتشاف الأفكار الآلية

٧٧	٣٢- اكتشاف الأفكار الآلية.....
٨٠	٣٣- الاستكشاف الموجّه.....
٨٣	٣٤- استخدام الصور.....
٨٥	٣٥- تقديم الاقتراحات.....
٨٧	٣٦- التغيرات الانفعالية في الجلسة.....
	٣٧- الوصول إلى الأفكار عن طريق معرفة المعنى الشخصي للموقف بالنسبة إلى المريض.....
٨٩	

٩١	..... ٣٨- التركيز على المشاعر
٩٣	..... ٣٩- افتراض الأسوأ
٩٥	..... ٤٠- التعرض الموقفي
٩٦	..... ٤١- لعب الأدوار
٩٨	..... ٤٢- تحليل موقف محدد
٩٩	..... ٤٣- اختزال الأفكار الآلية السلبية
١٠١	..... ٤٤- استثارة الأعراض
١٠٣	..... ٤٥- الواجبات السلوكية
١٠٥	..... ٤٦- استخراج الأفكار الآلية السلبية من البيانات المعرفية الأقل أهمية
١٠٧	..... ٤٧- الفصل بين المواقف، والأفكار، والمشاعر
١١٠	..... ٤٨- التمييز بين الأفكار والمشاعر

### فحص الأفكار الآلية السلبية، والرد عليها

١١٥	..... ٤٩- الرد على الأفكار الآلية
١١٧	..... ٥٠- وزن الأدلة
١١٩	..... ٥١- تقديم تفسيرات بديلة
١٢١	..... ٥٢- تحديد التشوهات المعرفية
١٢٣	..... ٥٣- النظر إلى المزايا والعيوب
١٢٥	..... ٥٤- تعريف المصطلحات
١٢٧	..... ٥٥- إعادة العزو
١٢٨	..... ٥٦- كف التفكير الكوارثي
١٣٠	..... ٥٧- استكشاف المعايير المزدوجة
١٣٢	..... ٥٨- تعديل الصور المخيفة
١٣٤	..... ٥٩- التجارب السلوكية
١٣٦	..... ٦٠- التساؤل السقراطي «طريقة الاستكشاف الموجّه»
١٣٩	..... ٦١- المبالغة والفكاهة
١٤٠	..... ٦٢- كتابة استجابات بديلة للأفكار الآلية السلبية

### الواجبات المنزلية

١٤٥	..... ٦٣- الأساس المنطقي للواجبات المنزلية
١٤٧	..... ٦٤- أنواع الواجبات المنزلية
١٥١	..... ٦٥- التفاوض حول الواجبات المنزلية
١٥٣	..... ٦٦- مراجعة الواجبات المنزلية

## طرق اكتشاف الافتراضات والقواعد (المعتقدات الوسيطة)

- ١٥٩ ..... ٦٧- الكشف عن صياغات «إذا... إذا»  
١٦١ ..... ٦٨- اكتشاف «يجب، ويلزم»  
١٦٣ ..... ٦٩- تمييز الموضوعات الأساسية في الأفكار الآلية للمرضى  
١٦٤ ..... ٧٠- فحص التغيرات المزاجية الفارقة  
١٦٦ ..... ٧١- السهم الهابط  
١٦٨ ..... ٧٢- الذكريات، وتعليمات الأسرة، والشعارات

## تعديل الافتراضات والقواعد

- ١٧١ ..... ٧٣- التجارب السلوكية  
١٧٤ ..... ٧٤- مخالفة قاعدة يلزم ويجب  
١٧٦ ..... ٧٥- إعادة صياغة العقود الشخصية  
١٧٨ ..... ٧٦- فحص جدوى الافتراضات والقواعد على المدى القصير والطويل  
١٧٨ ..... ٧٧- صياغة افتراض بديل يحتفظ بمزايا الافتراض غير التكيفي، ويتخلى  
١٨٠ ..... عن عيوبه  
١٨٢ ..... ٧٨- وضع قائمة بمزايا وعيوب القاعدة أو الافتراض  
١٨٤ ..... ٧٩- استكشاف التطور التاريخي للافتراضات والقواعد  
١٨٦ ..... ٨٠- استخدام الصور لتعديل الافتراضات

## الكشف عن المعتقدات الأساسية

- ١٩١ ..... ٨١- السهم الهابط  
١٩٣ ..... ٨٢- صيغة الوصل  
١٩٤ ..... ٨٣- تكميل الجمل  
١٩٥ ..... ٨٤- المعتقدات الأساسية كما لو كانت أفكاراً آلية

## تطوير وتعزيز معتقدات أساسية جديدة

- ١٩٩ ..... ٨٥- تثقيف المرضى حول المعتقدات الأساسية  
٢٠١ ..... ٨٦- تطوير معتقدات أساسية بديلة  
٢٠٣ ..... ٨٧- استخدام المتصل  
٢٠٥ ..... ٨٨- سجلات البيانات الإيجابية  
٢٠٧ ..... ٨٩- التصرف «كما لو كان»  
٢٠٩ ..... ٩٠- الاختبار التاريخي للمعتقد الأساسي الجديد

- ٢١١ ..... ٩١- تحدي كل فكرة باستخدام السهم الهابط.
- ٢١٣ ..... ٩٢- «العقل - المشاعر» لعب الأدوار.
- ٢١٥ ..... ٩٣- تعلم قبول الذات.

#### نحو إنهاء العلاج وما بعده

- ٢٢١ ..... ٩٤- تقليل الانتكاس.
- ٢٢٣ ..... ٩٥- إنهاء العلاج.
- ٢٢٦ ..... ٩٦- الحفاظ على المكاسب العلاجية.
- ٢٢٩ ..... ٩٧- المتابعة.

#### العلاج المعرفي السلوكي: هل هو مخصص للمرضى فقط؟

- ٢٣٣ ..... ٩٨- مارس ما تدعو إليه.

#### قضايا أخرى

- ٢٣٩ ..... ٩٩- المقاومة.
- ٢٤٣ ..... ١٠٠- الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.
- ٢٤٩ ..... الملاحق.
- ٢٥٥ ..... المراجع.

## تقديم

العلاج المعرفي السلوكي<sup>(١)</sup> مصطلح شامل يتضمن عددًا من الأساليب العلاجية مثل العلاج العقلاني لانفعالي السلوكي<sup>(٢)</sup>، والتدريب على حل المشكلات، والعلاج المعرفي<sup>(٣)</sup>، والعلاج ما وراء المعرفي<sup>(٤)</sup>، والعلاج بالقبول والالتزام<sup>(٥)</sup>، والعلاج الجدلي السلوكي<sup>(٦)</sup>، والعلاج المعرفي القائم على التعقل<sup>(٧)</sup>، وتختلف هذه المناسج العلاجية في التركيز المتباين على المبادئ والتكنيكات المعرفية في مقابل السلوكية، ولكنها تسعى جميعًا إلى استبدال السلوكيات، والانفعالات، والأفكار غير التكيُّفية بأخرى أكثر تكبُّفًا (4: 2010: Craske) والنموذج السائد في مجال العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج المعرفي، الذي طوره أرون بيك Aaron T. Beck (ولد سنة ١٩٢١)، وهو طبيب نفسي أمريكي، كان يعمل في جامعة بنسلفانيا أوائل الستينيات، ويعد نموذج بيك هو المحور الأساسي لهذا الكتاب، وقد عُيِّر اسم معهد بيك في فيلادلفيا من معهد العلاج المعرفي إلى معهد العلاج المعرفي السلوكي، ليعكس حقيقة أن العلاج المعرفي يناقش في كثير من الأحيان تحت اسم العلاج المعرفي السلوكي (Beck and Dozois, 2011).

لقد ركز منحى بيك في البداية على بحوث الاكتئاب وعلاجه (Beck et al., 1979) ولكن في العقود الثلاثة الأخيرة طُبِّق العلاج المعرفي السلوكي على عدد متزايد من المجالات بما في ذلك اضطرابات القلق<sup>(٨)</sup> (Clark and Beck, 2010) وسوء استخدام المواد المخدرة<sup>(٩)</sup> (Beck et al., 1993) واضطرابات الشخصية<sup>(١٠)</sup>

- (1) Cognitive behaviour therapy.
- (2) Rational emotive behaviour therapy.
- (3) Cognitive therapy.
- (4) Metacognitive therapy.
- (5) Acceptance and commitment therapy.
- (6) Dialectical behaviour therapy.
- (7) Mindfulness-based cognitive therapy.
- (8) Anxiety disorders.
- (9) Substance abuse.
- (10) Personality disorders

(Davidson, 2008) والذهان<sup>(11)</sup> (Morrison, 2001) والاضطراب الوجداني ثنائي القطب<sup>(12)</sup> (Newman et al., 2002) والمشكلات الطبية المزمنة (White, 2001) واضطرابات الطعام<sup>(13)</sup> (Fairburn, 2008) والأطفال، والشباب، والأسر (Fuggle et al., 2013) وكبار السن (James, 2010) وعلى الرغم من التطبيقات المتزايدة باستمرار، والتعقيد الظاهري للعلاج المعرفي السلوكي، فإن حجر الزاوية في النظرية المعرفية، وفي علاج الاضطرابات الانفعالية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يتجلى في العبارة البسيطة التالية «تؤثر الطريقة التي نفكر بها على الطريقة التي نشعر بها» (Clark and Beck, 2010: 31).

ويلتزم العلاج المعرفي السلوكي بدرجة قوية بالأدلة المستمدة من البحوث التجريبية العلمية (Clark and Beck, 2010) أي البحث عن الدعم العلمي لنظرية العلاج المعرفي السلوكي، واختبار فاعلية استخدامها إكلينيكيًا، وليست البحوث التجريبية منهجًا فحسب، بل هي أيضًا عقلية تهدف إلى التخلي عن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الأساسية إذا لم تدعمها الأدلة المستمدة من نتائج البحوث العلمية، ويُشجّع المعالجون على تبني نموذج العالم المهني<sup>(14)</sup>، من خلال الاعتماد على الأدلة البحثية لإثراء ممارساتهم الإكلينيكية، وكذلك تقييم فاعلية ممارساتهم العلاجية، كما يُشجّع المرضى على اتخاذ موقف تجريبي من خلال تعريضهم لأفكارهم ومعتقداتهم الخطأ لاختبار وفحص مدى واقعيتها، من أجل بناء وجهات نظر أكثر فائدة ودقة.

يرى المعالجون أصحاب التوجهات الأخرى أن معرفة السلوك البشري وتغييره تتبع من مجموعة متنوعة من المصادر (مثل: الفلسفة، والأدب، والتقاليد الروحانية) وليست العلوم فقط، فالمنحى العلمي لا يستطيع الإجابة عن جميع الأسئلة ذات الأهمية حول حالة الإنسان، ونستطيع القول من خلال خبراتنا أنه ليس كل معالج معرفي سلوكي يمكن أن يطلق على نفسه اسم «معالج تجريبي صارم» بمعنى أن يكون قائدًا في عمله الإكلينيكي، ولا يكون ذلك إلا من خلال بيانات البحوث العلمية (نحن نضمن أنفسنا داخل هذه المجموعة).

منذ الطبعة الأولى من هذا الكتاب، التي صدرت سنة ٢٠٠٤، تسارعت إجراءات توفير العلاج المعرفي السلوكي في المملكة المتحدة من خلال مبادرة

(11) Psychosis

(12) Bipolar disorder

(13) Eating disorders

(14) Scientist practitioner



ممولة من الحكومة لتيسير الحصول على العلاج النفسي، وفي هذه المبادرة أو البرنامج هناك طريقتان للحصول على العلاج المعرفي السلوكي: إما بكثافة عالية «العلاج المعرفي السلوكي القياسي» وهو محور الكتاب الذي بين أيدينا، وهذه الطريقة مخصصة للمرضى الذين يعانون مشكلات شديدة وحادة، وإما بكثافة منخفضة تستهدف المرضى الذين يعانون مشكلات نفسية خفيفة إلى متوسطة، وتشمل هذه التدخلات العلاج الذاتي المدعوم من المعالج، مثل المرضى الذين يستخدمون الواجبات العلاجية في المساعدة الذاتية، والعلاج المعرفي السلوكي المحوسب، وعادة ما تكون الجلسات أكثر إيجازًا، وأقل عددًا، ويمكن إجراؤها وجهًا لوجه، أو تليفونيًا، أو عبر البريد الإلكتروني، أو سكايب، أو داخل مجموعات علاجية، ونحن نعمل مع بعض مرضانا (في أماكن عملنا الخاصة) من خلال استخدام هذه التدخلات المنخفضة الكثافة، وذلك إذا رأينا أن استخدام الإدارة الذاتية هي الطريقة المناسبة لعلاج مشكلاتهم التي يعانونها، ويوصي المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة، وهو هيئة مستقلة تقدم إرشادات حول العلاجات المستخدمة في المملكة المتحدة، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي باعتباره العلاج الأول لمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية.

لقد قمنا في هذا الكتاب بتوضيح وشرح ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك للعلاج المعرفي السلوكي، بتفاصيل متفاوتة لكل تكنيك، وتغطي هذه النقاط والتكنيكات المئة نظرية العلاج المعرفي السلوكي وممارساته، وشرح المفاهيم الخاطئة حول هذا المنحى العلاجي، ويستهدف هذا الكتاب المتدربين على العلاج المعرفي السلوكي، وكذلك الممارسين المحترفين، والمتخصصين في الإرشاد النفسي المهتمين بهذا المنحى، الذين يحتاجون إلى الإلمام به كجزء من مقدمة عامة عن العلاجات النفسية الأساسية الحالية، ونأمل أن يشمل هذا عددًا كبيرًا من القراء.

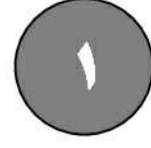
**مايكل نينا**

**ويندي درايدن**



## نظرية العلاج المعرفي السلوكي





## ليست الأحداث

في حد ذاتها هي ما يحدد مشاعرنا،  
ولكن الطريقة التي نفسر بها تلك الأحداث

من أساسيات نموذج العلاج المعرفي أن العقل البشري ليس وعاءً سلبيًا للتأثيرات والعوامل البيئية والبيولوجية، بل على العكس من ذلك يشارك الأفراد بنشاط في بناء واقعهم (Clark, 1995, 156)، ومن أجل فهم استجابة الفرد الانفعالية لحدث معين، فمن المهم اكتشاف المعنى الذي يسقطه الفرد على الأحداث في حياته: أي تفسيره الذاتي للواقع، وعلى سبيل المثال: يعتقد الشخص الذي تركته شريكته أنه لا يمكن أن يكون سعيدًا، ولا يمكنه التكيف، وأنه سوف يصبح مكتئبًا بدونها، بينما يشعر شخص آخر تركته شريكته بالارتياح لأنه يعتقد أنه قد تحرر من علاقة خانقة، في حين يشعر شخص ثالث بالذنب لأنه يعتقد أن سلوكه كان سيئًا لذلك تركته شريكته، وهو نفس الحدث للأشخاص الثلاثة في المثال السابق، ولكن ليس رد الفعل الانفعالي نفسه، وذلك لأن رد الفعل الانفعالي يعتمد على تفسير كل منهم للحدث، وليس الحدث في حد ذاته، لذلك إذا أردنا أن نغير ما نشعر به علينا أن نغير طريقة تفكيرنا فيه.

ويستند المفهوم الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي إلى الفلسفة الرواقية\* والفلاسفة الرواقيين القدماء، مثل أبكتاتوس Epictetus، وماركوس أوريليوس Marcus Aurelius ووجهة نظرهم في التحكم العقلي، التي تشير إلى أن أفكارنا ومعتقداتنا تقع ضمن سيطرتنا، في حين أن كثيرًا من الأشياء التي تحدث لنا في الحياة خارجة عن نطاق السيطرة، ومن ثم يمكننا اختيار كيفية استجاباتنا لهذه

\* الرواقية بضم الراء وتشديدها مذهب فلسفي يوناني، أنشأه الفيلسوف اليوناني زينون الرواقي، وهو يقول: «إن العالم كـلّ عضوي، تتخلله قوة الله الفاعلة، وإن رأس الحكمة معرفة هذا الكل، مع تأكيد أن الإنسان، لا يستطيع أن يلتمس هذه المعرفة، إلا إذا كبح جماح عواطفه، وتحرر من الانفعال». ويدعو الرواقيون إلى التناغم مع الطبيعة، والصبر على المشاق، ويعتقد الرواقيون أن المشاعر الهدامة، مثل الخوف والحسد، والحب المتهيب هي أحكام خطأ، وأن الإنسان الحكيم لا يخضع لهذه المشاعر. ومن ثم، فإن ما يدل على درجة إدراك الفرد هو تصرفاته وأعماله وليس أقواله، وقد أطلق عليهم لقب «الرواقيون» لأنهم عقدوا اجتماعهم في الأروقة في مدينة أثينا، حيث نشأت هذه الفلسفة هناك، نحو عام ٣٠٠ ق.م.

الأحداث، وأن الأحداث في حد ذاتها لا تملي علينا ردود فعل انفعالية محددة، وعلى سبيل المثال: إن فقدان وظيفتك نتيجة الركود الاقتصادي خارج عن سيطرتك، أما أن تفقد احترامك لذاتك فهذا هو الحكم الذي أصدرته على نفسك كونك عاطلاً (المزيد من النقاش الممتع حول الفلسفة الرواقية وعلاقتها بالعلاج المعرفي السلوكي انظر: (روبرتسون، ٢٠١٠).

وليس معنى هذا أن العلاج المعرفي السلوكي الحديث يؤكد أن المشكلات الانفعالية التي يعانيتها الشخص هي ببساطة من إبداع عقله، ولكن يعني أن تتأثر الأحداث السلبية (التعرض للسطو مثلاً) يمكن أن يتفاقم بشكل كبير بسبب الأفكار والمعتقدات السلبية غير التكيفية التي تتداخل مع قدرتنا على التعامل بشكل بناء مع مثل هذه الأحداث (وعلى سبيل المثال: لا يمكنني أبداً أن أشعر بالأمان مرة أخرى في بيتي بغض النظر عن عدد الأقفال التي أضعها على النوافذ والأبواب) ويساعد العلاج المعرفي المرضى على تقديم وجهات نظر بديلة من أجل معالجة مشكلاتهم (نفس المثال السابق من منظور علاجي: أعرف أن الإجراءات الأمنية الجيدة سوف تساعدني على الحفاظ على سلامتي في بيتي، ولكنني أدرك وأقبل، دون أن يعجبني ذلك أنه لا يمكن أن يكون هناك ضمان بعدم السطو على منزلي مجدداً). إن تقديم وإبداع وجهات نظر بديلة يؤكد مبدأ العلاج المعرفي وهو أن هناك طرقاً متعددة لرؤية الأشياء، ومن ثم يختار كل منا وجهة نظره التي يرى الأشياء من خلالها (Butler and Hope, 1996) وحتى في أهوال أوشفيتز\* التي لا توصف، يرى فيكتور فرانكل Viktor Frankl - وهو طبيب نفساني شهير - أن كل شيء يمكن أن يسلب من الإنسان إلا حريته في اختيار طريقته في التفكير في الأحداث من حوله (86: 1985).

\* يعتبر معسكر أوشفيتز أحد أكبر معسكرات الاعتقال والإبادة النازية ورمز محرقة الهولوكوست الأساسي، وأقيم المعسكر المكون من ثلاثة معسكرات رئيسية في بولندا إبان الاحتلال النازي لها في الحرب العالمية الثانية، وأقيم معسكر أوشفيتز بناء على أفكار هاينريش همبلر وزير الداخلية الألماني في فترة الحكم النازي، وأبيد في هذا المعسكر الرهيب أكثر من ١.١ مليون شخص غالبية من اليهود، وفي يناير ١٩٤٥ حُرر المعسكر من قبل الجيش الأحمر السوفيتي، وأدرج المعسكر الذي يزوره سنوياً مئات الآلاف في لائحة مواقع التراث العالمي عام ١٩٧٩.



## تصبح معالجتنا للمعلومات مشوهة عندما نتعرض لتجربة انفعالية سيئة

تأسست النظرية المعرفية على نموذج معالجة المعلومات الذي يفترض أن تفكير الشخص يصبح أكثر صرامة وتشويشاً عندما يمر بخبرة نفسية سيئة، وتصبح الأحكام مطلقة، ومفرطة العمومية، وتصبح المعتقدات الأساسية للشخص عن ذاته، وعن العالم ثابتة (Weisharr, 1996: 188) وفي حالات السواء من المرجح أن يتحقق الشخص من انطباعاته وتقييماته الذاتية من أجل الحصول على معلومات واضحة ودقيقة، وعلى النقيض من ذلك حينما يمر الشخص بخبرة انفعالية سلبية عادة ما يقوم هذا الشخص بتشويه المعلومات الواردة إليه، عن طريق تحيز فكري سلبي ثابت، بحيث يصبح متصلباً ومفرط التعميم، وعلى سبيل المثال: تشعر إحدى السيدات بالضيق لأنها لم تُدعَ إلى حفلة أحد الأصدقاء، اعتقاداً منها أنها غير مرحب بها، وبدلاً من التأكد من أسباب عدم دعوتها، أو النظر إلى الموقف بعقل منفتح، تصبح منغلقة على ما افترضته من أفكار ومعاني، مما يكدر مزاجها، لذلك فإن التفكير المشوه يقف خلف جميع الاضطرابات النفسية (Ledley et al., 2010) وعادة ما تنتج هذه التشوهات المعرفية عن معتقدات غير تكيفية ومختلة، تنشط في أثناء الخبرات الانفعالية السيئة، وعلى سبيل المثال: الشخص المصاب بالاكتئاب نتيجة انتهاء علاقة ما يصر على ترديد «سأكون دائماً بمفردي» (قراءة الغيب) لأنه يعتقد أنه غير جذاب (معتقد أساسي) وتتضمن أخطاء التفكير الشائعة عند معالجة المعلومات في أثناء التعرض لخبرة انفعالية سلبية ما يلي:

- مبدأ الكل أو لا شيء<sup>(1)</sup>: حيث ينظر إلى المواقف والأشخاص على أساس إما/ وإما، وعلى سبيل المثال بمنتهى البساطة: «إما أنك جدير بالثقة وإما لا».
- القفز إلى الاستنتاجات<sup>(2)</sup>: ويعني إصدار أحكام متسرعة دون التدقيق فيها، وعلى سبيل المثال: يقول المريض بعد الجلسة العلاجية الأولى: «العلاج لن يساعدني».

(1) All or nothing thinking.

(2) Jumping to conclusions.

- قراءة الأفكار<sup>(٣)</sup>: ويعني ادعاء معرفة أفكار الآخرين دون وجود دليل يدعم هذه الادعاءات، وعلى سبيل المثال: «لم يبتسم مديري في وجهي هذا الصباح، وهذا يعني أنه غير راضٍ عن عملي».
- التسمية<sup>(٤)</sup>: وتعني إلصاق صفات سلبية بالذات، أو العالم، أو الآخرين، وعلى سبيل المثال «لم أفهم ما قاله مثل بقية المجموعة، وهذا يعني أنني غبي».
- الاستدلال الانفعالي<sup>(٥)</sup>: ويعني افتراض أن المشاعر عبارة عن حقائق، وعلى سبيل المثال «أشعر بعدم الكفاءة، وهذه حقيقة» (عدم الكفاءة اعتقاد وليس شعوراً، انظر النقطة ٤٨).

إن تعليم المرضى كيفية تحديد وتصحيح هذه الأخطاء أو هذه التحيزات يسهل من عملية إعادة معالجة المعلومات بطريقة تتسم بالاستناد إلى الأدلة، والمرونة، والنسبية (غير مطلقة) وفي المثال الوارد في الفقرة الافتتاحية تكتشف المريضة أن صديقها قد دعاها إلى الحفل ولكن «أمي هي من تسلمت الدعوة ونسيت أن تمررها لي، ولولا شعوري بالضيق، لما قفزت إلى ذهني تلك الاستنتاجات السلبية» وإذا لم تكن قد دُعيت رغم توقعها ذلك، فستحتاج إلى الاتصال بصديقها لمعرفة سبب استبعادها من قائمة المدعوين، وحتى لو كان صديقها قد استبعدها عمداً، فهذا لا يعني أنها غير مرغوب فيها، وحتى الشخص الذي لا يضمن استمرار صداقاته أو تنتهي صداقته بأحد الأشخاص، عليه أن يتعلم التكيف مع هذه الحقيقة غير المرحب بها.

---

(3) Mind-reading.  
(4) Labelling.  
(5) Emotional reasoning.



## عادة ما يُفهم الاضطراب الانفعالي عن طريق فحص ثلاثة مستويات من التفكير

للتفكير ثلاثة مستويات هي: الأفكار الآلية السلبية<sup>(1)</sup>، والافتراضات/ القواعد الضمنية<sup>(2)</sup> أو ما يطلق عليها المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية<sup>(3)</sup>.

• **الأفكار الآلية السلبية:** هي مجموعة من الأفكار الإرادية التي ترتبط بموقف محدد، وتقفز فجأة إلى ذهن المريض حينما يعاني حالة انفعالية مثل الاكتئاب أو القلق، وهي تبدو مقبولة للمريض، ويصعب إيقافها، وغالبًا ما تقع الأفكار الآلية خارج نطاق الوعي الحالي للمريض، ولكن يمكن استدعاؤها سريعًا إلى وعي المريض باستخدام أسئلة العلاج المعرفي السلوكي المعدة لهذا الغرض مثل «ماذا كان يدور في عقلك في تلك اللحظة عندما وصلت إلى الاجتماع في وقت متأخر؟» (إجابة المريض: «أنا دائمًا متأخر، أنا غير منضبط، أنا كسول، سوف ينظر إليّ زملائي نظرة متدنية» ويمكن أن تنشط الأفكار الآلية من خلال أحداث خارجية، أو أحداث داخلية (على سبيل المثال اضطراب ضربات القلب: أتعرض لنوبة قلبية، يا إلهي، سوف أموت) ويمكن أن تأتي الأفكار الآلية أيضًا في شكل صور، وعلى سبيل المثال «يرى الشخص نفسه في غاية الحرج» إذا ارتكب خطأ فادحًا في حفل زفاف صديقه المفضل، وعادة ما يكون المرضى أكثر وعيًا بمشاعرهم مقارنة بوعيهم بالأفكار التي سببت لهم هذه المشاعر (Beck, 2011).

• **المعتقدات الوسيطة:** وتتضمن الافتراضات الأساسية (على سبيل المثال «إذا أعجب بي الآخرون، فعندئذٍ ينبغي أن أتقدم في الحياة») والقواعد (على سبيل المثال «لا ينبغي أن أخيب ظن الناس بي»)، وتتضمن المعتقدات الوسيطة توجيه السلوك، ووضع المعايير، وتحديد القواعد التي يجب إتباعها، وغالبًا ما

(1) Negative automatic thoughts.

(2) Underlying assumptions/rules.

(3) Core beliefs.

تكون هذه الافتراضات، والقواعد غير مفهومة، ويمكن أن يكون من الصعب على المرضى اكتشافها، وعادة ما تصاغ الافتراضات في صورة «إذا...إذا» أو «إذا لم... إذا» بينما تصاغ القواعد في صورة «يجب، ويلزم» وهذه الافتراضات، والقواعد هي الوسيلة التي يأمل الأشخاص من خلالها تجنب مواجهة معتقداتهم الأساسية السلبية وجهاً لوجه «على سبيل المثال: أنا غير كفاء»، وفي واقع الأمر لا تكون صحة المعتقدات الأساسية موضع شك، لذلك تعمل الافتراضات والقواعد على الحفاظ عليها، وتعزيزها، وتلوح مشكلة في الأفق عندما لا يكون سلوك الشخص هو ما ينبغي أن يكون عليه، وعندما لا تستوفى المعايير، وكذلك عندما تنتهك القواعد، والمشكلة الناتجة عن ذلك هي تفعيل المعتقد الأساسي السلبى من حالته الخاملة، ويفترض بيك وآخرون (Beck et al. 1985) أن الافتراضات غير التكيّفية غالباً ما تركز على ثلاث قضايا أساسية، هي: القبول (على سبيل المثال «أنا لا شيء إذ لم أكن محبوباً») والكفاءة (على سبيل المثال «أنا ما أنجزه») والتحكم أو السيطرة (على سبيل المثال «لا أستطيع طلب المساعدة») وتكون القواعد والافتراضات ظرفية أو موقفية، وتعرف أيضاً باسم المعتقدات الوسيطة لأنها تقع بين الأفكار الآلية السلبية، والمعتقدات الأساسية (Beck, 2011).

• **المعتقدات الأساسية:** (تعرف أيضاً باسم المخططات، انظر أدناه) وهي المستوى الثالث، والأعمق من التفكير، وتكون المعتقدات الأساسية السلبية غير شرطية، ومفرطة التعميم (على سبيل المثال «أنا بائس») وعادة ما تشكل من خلال خبرات التعلم المبكرة، وتظل كامنة حتى تنشط من خلال أحداث الحياة ذات الصلة (على سبيل المثال «يرى المريض نفسه غير كفاء لعدم استيفائه معايير الكفاءة، والالتزام، والانضباط التي يتبناها») وبمجرد تفعيل تلك المعتقدات الأساسية السلبية تتم معالجة المعلومات بطريقة متحيزة تؤكد هذه المعتقدات، وتتفي وجود معلومات مناقضة لها (على سبيل المثال «ماذا يعني إذا كنت غالباً أحضر الاجتماعات في الموعد المحدد؟ أنا ما زلت غير كفاء وغير منضبط»). يمكن أن يكون المعتقد الأساسي حول الذات (على سبيل المثال «أنا غير محبوب») وحول الآخرين (على سبيل المثال «لا يمكنني الوثوق بأحد») وحول العالم (على سبيل المثال «كل شيء ضدي») وبمجرد أن يمر الموقف الضاغط، تصبح المعتقدات الأساسية السلبية معطلة، أو تعود إلى حالتها الكامنة، ويُنظر إلى الأمور بصورة أكثر إيجابية (قد تظل



المعتقدات الأساسية السلبية نشطة معظم الوقت بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الشخصية، انظر ديفيدسون، ٢٠٠٨).

كيف تتفاعل هذه المستويات الثلاثة؟ يشعر الفرد بالاكئاب حينما لا يحصل على تقدير (A) في الامتحان، إن اعتقاده الأساسي الكامن «أنا فاشل» يتم تنشيطه بسبب عدم قدرته على الارتقاء إلى مستوى حكمه الصارم، وهو أنه يجب أن يكون الأفضل في كل شيء يفعله، وأن عقله يفيض بالأفكار الآلية السلبية «لا أستطيع أن أريهم وجهي في الكلية، اهرب واختبئ، كل من في الكلية يسخرون مني» إن العمل على مستوى الأفكار الآلية السلبية يؤدي إلى الشعور بالراحة، بينما العمل على المعتقدات الوسيطة (القواعد/ الافتراضات) والمعتقدات الأساسية السلبية يقلل من احتمالية تأثر المريض بالخبرات الانفعالية السلبية في المستقبل، أو بمعنى آخر يقلل من احتمالية حدوث الانتكاسة.

إن الاستراتيجية العلاجية المعتادة في العلاج المعرفي السلوكي هي التدخل على مستوى الأفكار الآلية السلبية، ثم الانتقال إلى الافتراضات/ القواعد، ثم المعتقدات الأساسية، ومن المهم أن نشير إلى أنه ليس كل مشكلات المرضى سوف تخضع لهذا الفحص ذي المستويات الثلاثة، فقد يركز العلاج المعرفي السلوكي القصير المدى في المقام الأول على تعديل الأفكار الآلية السلبية (كما يساعد بشكل غير مباشر على تنشيط المعتقدات الأساسية الإيجابية التي تكون لدى المريض، والتي تكون غير نشطة مؤقتاً) بينما يركز على القواعد/ الافتراضات حينما تكون المشكلات متكررة، ويكون الهدف الأساسي هو العمل على المعتقدات الأساسية السلبية عند علاج المشكلات التي تتطلب العلاج طويل المدى، ويفترض دوبسون، ودبسون (2009) Dobson and Dobson أنه من المحتمل أن تتغير المعتقدات الأساسية السلبية بشكل تدريجي دون تعديلها بشكل مباشر إذا استمر المرضى في التفكير والتصرف بشكل مختلف على المدى الطويل.

نود أن ننهي هذه النقطة بملاحظة فنية حول المخططات، والمعتقدات الأساسية، فالمخططات المعرفية هي أبنية منظمة للمعلومات المخزنة التي تحتوي على تصورات الفرد عن الذات والآخرين، والأهداف، والتوقعات، والذكريات (Beck and Dozois, 2011) وتمثل المعتقدات الأساسية (مثل «أنا لست بخير» و«لا يمكن الوثوق بالناس») محتوى المخططات، وكما تشير هذه الأمثلة من المعتقدات الأساسية السلبية، يركز العلاج المعرفي السلوكي على المخططات المعرفية غير التكيفية، التي تعالج المعلومات الواردة بطريقة سلبية متحيزة، أما

عن بعض الكتاب والمتخصصين في العلاج المعرفي السلوكي فيمكنهم استخدام مصطلحات مثل المعتقدات الأساسية، والمخططات المعرفية بنفس المعنى، وبشكل متبادل، لأنه على الرغم من أن المخططات هي أساس الإطار المعرفي، فإنه يمكن التعبير عنها في صورة معتقدات (Dobson, 2012: 82) كما أننا سوف نستخدم هذين المصطلحين بالتناوب عبر هذا الكتاب.

## يوجد تفاعل بين الأفكار، والمشاعر، والسلوك، والجوانب الفسيولوجية، والجوانب البيئية

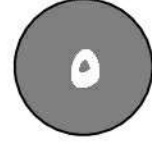
لا يتبنى العلاج المعرفي نموذجاً أحاديًا في تفسير الاضطرابات النفسية، ويعد اكتشاف المعنى (الأفكار والمعتقدات) الذي يفسر به المرضى الأحداث في النموذج المعرفي أمرًا بالغ الأهمية لفهم ردود أفعالهم الانفعالية والسلوكية تجاه هذه الأحداث، ومع ذلك لا ينظر إلى المعرفة في العلاج المعرفي السلوكي بمعزل عن أنظمة الاستجابة الأخرى داخل الفرد، ولكن ينظر إليها من خلال تفاعلها مع سلوكه، وأجهزته الفسيولوجية، ومشاعره، وتتفاعل كل هذه الأنظمة مع السياق البيئي الشامل، مثل العيش في حي ترتفع فيه معدلات الجريمة، أو العيش في حي صاخب، وكل عنصر من هذه العناصر قادر على التأثير في بقية العناصر في دورة تفاعلية، ويفترض غرينبرغر وبادسكي (Greenberger & Padesky 1995) أن فهم كيف تتفاعل هذه الجوانب الخمسة خلال الخبرات الحياتية، يمكن أن يساعد المريض على فهم مشكلاته بصورة أفضل، وعلى سبيل المثال، المريضة التي فقدت وظيفتها (البيئة) ترى نفسها لا قيمة لها (الأفكار) وتشعر باكتئاب (المشاعر) وتتسحب من الأنشطة الاجتماعية (السلوك) وتشتكي من تعب مستمر (الجوانب الفسيولوجية).

إن التغيير في أحد هذه العناصر مثل عودة المريضة إلى كونها شخصية اجتماعية، ينتج عنه تغير إيجابي في الجوانب الأربعة الأخرى، فتبحث المريضة عن وظيفة أخرى (البيئة)، وترى نفسها ذات قيمة (الأفكار)، ويعتدل مزاجها المكتئب (المشاعر)، وتستعيد الشعور بالنشاط والطاقة (الجوانب الفسيولوجية).

في بعض الأحيان قد يُشجّع الآخرون في بيئة المريض (الزوج مثلاً) على حضور الجلسات العلاجية إذا كان ذلك ضروريًا، وقد يكون للمعتقدات الثقافية التي تحيط بالمريض تأثير سلبي على مشكلاته مثل «التفكير في المقاس صفر» في صناعة الأرياء (على سبيل المثال «أن تكون نحيفاً هذا هو كل شيء») عندئذٍ نحتاج إلى دراسة ومناقشة هذه المعتقدات لأنها مرتبطة بنظرة المريض السلبية لذاته.

إن الطريقة المعتادة لكي يفهم المريض التفاعل بين هذه الجوانب الخمسة للخبرات الحياتية التي يمر بها، من منظور العلاج المعرفي السلوكي هي مساعدة المرضى على تحديد الأفكار الآلية السلبية الخاصة بكل موقف، وعلى سبيل المثال: هل تعرف فيما كنت تفكر (الأفكار) في هذا الموقف (البيئة) الذي جعلك تشعر بالاستثارة والعصبية (الجوانب الفسيولوجية) والقلق الشديد (المشاعر) فأسرعت بالخروج من الغرفة (السلوك)؟

إن تعليم وشرح هذه العملية التفاعلية بين الجوانب الخمسة للخبرات الحياتية لا يضعف ولا يقلل من المبدأ الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي، الذي يشير إلى أن التغيير المعرفي يعد مطلباً أساسياً لعملية التغيير البشري (Clark and Steer, 1996).



## ينظر إلى ردود الفعل الانفعالية تجاه الأحداث على أنها مُمَثِّلٌ مُتَّصِلٌ

يفترض العلاج المعرفي السلوكي أن ردود الفعل الانفعالية (مشاعرنا) تجاه أحداث الحياة تقع على متصل يبدأ من ردود الفعل الانفعالية الطبيعية وينتهي بردود الفعل الانفعالية المتطرفة والقصوى الواردة في علم النفس المرضي (اضطراب الأفكار، والمشاعر، والسلوك) كما يفسرها ويشار، وبيك Weishaar & Beck: يتضمن المحتوى المعرفي للاضطرابات (مثل اضطرابات القلق والاكتئاب) نفس الفكرة الأساسية (على سبيل المثال: الخطر، والخسارة، على التوالي) كما هو الحال في الخبرة العادية، ولكن التشوهات المعرفية تكون شديدة، ومن ثم تؤثر في (المشاعر) والسلوك (1986: 65).

على سبيل المثال: قد ينظر شخص ما بحزن إلى حياته نظراً إلى الفرص الضائعة التي مرت به، ولكنه يعلم أن فرصاً أخرى تنتظره، ولكن حزنه قد يزداد ويستمر حتى يصبح اكتئاباً إذا كان ينظر إلى الفرص التي ضاعت على أنها قصة حياته كلها، أما عن ردود الفعل الفسيولوجية (على سبيل المثال: ضربات القلب، والتعرق، والارتعاش) فتكون بالنسبة إلى الشخص الذي يعتقد أنه على وشك التعرض لهجوم (تهديد جسدي) هي نفسها بالنسبة إلى شخص يخشى ارتكاب الأخطاء أمام الآخرين (تهديد نفسي اجتماعي).

وتتسم ردود الفعل الانفعالية الطبيعية والمبالغ فيها تجاه الأحداث على التوالي بما يسميه بيك وآخرون Beck et al., 1979 النضج (المرونة)، في مقابل البدائية (الإطلاق). على سبيل المثال، قد تكون الاستجابة المعرفية الناضجة تجاه الشعور بكونك مكروهاً هي «لا يمكنك إرضاء الجميع» بينما تتضمن الاستجابة المعرفية غير الناضجة «أنا غير محبوب تماماً» ويساعد شرح متصل ردود الفعل الانفعالية للمرضى على إزالة جزء من الوصمة المتعلقة بالاضطراب النفسي، وجعل الأمر أقرب إلى الطبيعي، ومن ثم ينظر المرضى إلى أنفسهم على أنهم ليسوا غريبين، أو «غير عاديين» بسبب تعرضهم لنوبات من الاضطراب الانفعالي الشديد.

## للاضطرابات الانفعالية محتوى معرفي خاص

تعرف هذه الفرضية باسم فرضية المحتوى الخاص (Beck, 1976) وتشير هذه الفرضية إلى أن الاضطرابات الانفعالية تحتوي على مضمون معرفي محدد يميزها، على سبيل المثال، انخفاض تقييم الذات أو الخسارة في حالة الاكتئاب، والتهديد في حالة القلق، والخطر المحدد بظرف معين في حالة المخاوف، والعدوان في حالة الغضب، والتفوق في حالة السعادة، ويرتبط هذا المحتوى بمفهوم المجال الشخصي لدى بيك، الذي يشير إلى كل ما يعتبره الشخص مهماً في حياته، وتعتمد طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي للشخص على إدراكه للحدث على أنه يضيف إليه، أو يأخذ منه (الطرح)، أو يهدده، أو يمثل اعتداء على حقه الشخصي (Beck, 1976: 56) وسوف نقدم بعض الأمثلة لتوضيح تلك العلاقة:

- تصبح السيدة الفخورة بكونها سيدة أعمال ناجحة مكتئبةً عندما تفلس شركتها، لأنها تعتقد أن «عملي هو حياتي، من دون شركتي أنا لا شيء» (الطرح).
  - يصبح الشخص قلقاً من أن تتعرض براعته الجنسية للسخرية عندما يعاني خلاً في الانتصاب (التعرض للتهديد).
  - يصبح الشخص سعيداً إذا رُقّي، لأن ذلك يعد خطوة مهمة في مساره الوظيفي (التفوق).
  - يصبح الشخص الذي يتمتع بالسكينة والسلام في حياته غاضباً جداً عندما يقوم جاره الجديد بعزف موسيقاه بصوت مزعج جداً (التعدي على الحقوق الشخصية).
- قد يمر الشخص بمشاعر مختلفة نتيجة نفس الحدث في مواقف مختلفة، اعتماداً على مدى صلة الحدث بحيزه الشخصي أو حقوقه الشخصية، وعلى سبيل المثال: يشعر المرء بالقلق نتيجة تأخر القطار يوم الاثنين، ومن ثم التأخر عن موعد الاجتماع مما يتعارض مع معايير الشخصية للالتزام بالمواعيد، بينما يغضب يوم الثلاثاء عندما يتأخر القطار، لأن ذلك يعني أن مزيداً من الأشخاص سوف يستقلون نفس القطار مما يمثل انتهاكاً لحيزه الشخصي، وقد تَبَت صدق فرضية المحتوى الخاص من خلال البحوث التجريبية في الثمانينيات (Weishaar, 1996).



## القابلية المعرفية للإصابة بالاضطرابات الانفعالية

يمكن تعريف القابلية للإصابة بأنها مجموعة من الخصائص الداخلية الثابتة، التي تظل كامنة حتى ينشطها حدث مسبب<sup>(1)</sup> (Clark and Beck, 2010: 102). إن الحدث الذي قد يثير القابلية للإصابة لدى شخص معين (على سبيل المثال: تقييم الأداء على أنه منخفض) قد يستقبله شخص آخر برياطة جأش، ويفترض بيك (1987) وجود نمطين من الشخصية التي تكون معرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق، الشخصية الاجتماعية (المجارية للمجتمع)، والشخصية الذاتية الاستقلالية.

تعول الشخصية الاجتماعية بدرجة كبيرة على أهمية وجود علاقات شخصية وثيقة، مع التركيز على كونها محبوبةً وذات قيمة في نظر الآخرين، وعلى الجانب الآخر يعكس توجه الشخصية الذاتية الاستقلالية قيمة كبيرة للاستقلال الذاتي، والإنجاز الشخصي، وحرية الاختيار (Clark and Steer, 1996: 81).

تتمثل الاعتقادات النموذجية للشخصية الاجتماعية في «يجب أن أكون محبوبًا لكي أكون سعيدًا» بينما تتمثل الاعتقادات النموذجية للشخصية الذاتية الاستقلالية في «ينبغي أن أكون ناجحًا لكي أكون ذا قيمة» (Beck, 1987). يمكن أن يحدث القلق إذا كان هناك، على سبيل المثال، تهديد محتمل لعلاقة وثيقة، أو خطر حدوث انتكاسة مهنية، وإذا تحقق هذا الخطر أو التهديد المتصور، فمن المرجح أن يحدث الاكتئاب، والجمع بين القابلية الشخصية للإصابة (على سبيل المثال: تعتبر نفسها عديمة القيمة إذا لم تكن محبوبة) وحدث دال في الحياة يعكس هذا الاعتقاد (مثل انفصال زوجها عنها) يشبهه بيك (1987) بالمفتاح المناسب لفتح باب الاكتئاب، ومن الناحية الفنية فالنظرية المعرفية تمثل في الأساس نموذج الاستهداف- الضغوط (Beck and Dozois, 2011) حيث الاستهداف هو القابلية المعرفية (المعتقدات غير التكيفية) والضغوط هي أحداث الحياة السلبية الحالية

(1) Precipitating event.

(العوامل المرسبة) التي تنشط هذه المعتقدات، ويشير سكوت (2009) Scott إلى وجود درجات متفاوتة من القابلية للإصابة، لذا قد يحتاج الأمر إلى حدوث عدد من أحداث الحياة الضاغطة وليس حدث واحد قبل حدوث الاكتئاب، وعلى سبيل المثال: شخص مستقل فشل في تحقيق أهداف الحياة المهمة بالنسبة إليه، ثم أصبح مريضاً واعتمادياً.





## أفكارنا ومعتقداتنا كلها يسهل الوصول إليها

تقع أفكار الشخص حول حدث معين بين التنبهات الخارجية (على سبيل المثال: التعرض للنقد) والاستجابة الانفعالية لها (على سبيل المثال: الغضب)، وإن استخراج هذه الأفكار يساعد الشخص على فهم سبب ردة فعله تجاه هذا الحدث بذلك الطريقة، ويسمى ببيك هذا: «التتصت على الاتصالات الداخلية»، ويشير بيك Bwck إلى أنه يمكن تدريب المرضى على التركيز على استنباطاتهم (فحص الفرد لأفكاره) في المواقف المختلفة، ويمكن للفرد بعد ذلك أن يلاحظ أن فكرة معينة تربط بين التنبهات الخارجية، والاستجابة الانفعالية (27 : 1976)، ويمكن أن نسأل المريض أسئلة مثل: «ماذا كان يدور في ذهنك في تلك اللحظة؟» أو «بماذا كنت تفكر في ذلك الموقف؟» ويمكن أن يساعد ذلك في تحويل انتباه المريض إلى الداخل بدلاً من التركيز على الحدث الخارجي الذي يفترض أنه سبب ردة الفعل الانفعالية.

في المثال السابق: يمكن الكشف عن أفكار المريض التي ساهمت في غضبه «كيف تجرؤ على انتقادي؟! لم أفعل شيئاً لأستحق ذلك!» إن مساعدة المريض على اكتشاف أفكاره المسببة للاضطراب وفحصها وتغييرها يعني أنه يمكن إنجاز هذه العملية في نطاق وعي المريض (Beck, 1976: 3) بدلاً من أن تظل تلك الأفكار بعيدة عن متناوله.

قد يمر المريض بخبرة انفعالية دون وجود تنبيه خارجي واضح لإثارته، وفي هذه الحالة يحتاج المريض إلى البحث عن منبه داخلي مثل صورة (على سبيل المثال: رؤية نفسه متلعثماً أمام الجمهور) أو ذكرى معينة (على سبيل المثال: صراخ المدرس في وجهه ذات يوم) لكي يفهم سبب التغيير الذي طرأ على مشاعره.

في النقطة الثالثة من هذا الكتاب وُصف ثلاثة مستويات من التفكير (الأفكار الآلية السلبية، والقواعد/ الافتراضات، والمعتقدات الأساسية) لكي نفهم الاضطرابات الانفعالية، وتتوافق هذه المستويات الثلاثة عادةً مع صعوبة الوصول

إليها، وعادة ما تكون الأفكار الآلية على هامش الوعي، على الرغم من سهولة استحضارها إلى ذهن المريض من خلال بعض الأسئلة السالفة الذكر، وغالبًا ما تظل الافتراضات/ القواعد، والمعتقدات الأساسية غير مصرح بها، ومن ثمّ يكون الوصول إليها أكثر صعوبة، ويُربط بين الأفكار الآلية السلبية، وكل من الافتراضات/ القواعد، والمعتقدات الأساسية من خلال مطالبة المريض بالتحقق من التبعات المنطقية لكل أفكاره الآلية (على سبيل المثال: «إذا كان صحيحًا أنك تبكي بسهولة، فماذا يعني ذلك بالنسبة إليك؟» حتى تصبح القواعد المهمة (مثل: «يجب أن أكون دائمًا قويًا») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال: «أنا ضعيف») واضحة. إن الكشف عن المعاني الشخصية لما يقوله المريض يجعل ما كان ضمنيًا يصبح واضحًا.

## اكتساب الاضطراب الانفعالي

لا يزعم العلاج المعرفي السلوكي أن التفكير غير التكيّفي وحده يسبب اضطراباً انفعالياً، وبدلاً من ذلك فهو يشكل جزءاً لا يتجزأ من هذا الاضطراب، وأن الاضطرابات النفسية تحددها عوامل متعددة، مثل العوامل الجينية، والبيئية، والأسرية، والثقافية، والشخصية، والارتقائية، ويساعد التفاعل بين هذه العوامل في تكوين المعتقدات الأساسية، والقواعد/ الافتراضات الخاصة بالأشخاص، التي تدور حول الذات والآخرين والعالم، وتتفاعل هذه العوامل المهيئة للإصابة بالاضطراب مع الأحداث الحالية ذات الصلة أو الضغوط (العوامل المرسبة) «التي تزيد من سرعة الإصابة بالاضطراب» لإحداث الاضطراب الانفعالي، وعلى سبيل المثال: الشخص الذي ينتمي إلى عائلة متفوقة أكاديمياً جداً، ويخبره والداه بأنه لن يكون متفوقاً مثل إخوته، فيقضي وقته محاولاً إثبات خطأ وجهة نظرهم، وعندما يخفق في الالتحاق بجامعة أكسفورد، بخلاف شقيقه، ويكون عليه أن يلتحق بجامعة من «الدرجة الثانية» تنشط معتقداته الأساسية فتصبح على سبيل المثال: «أنا لست ماهراً بما فيه الكفاية، كان والداي على حق، أنا أحمق في هذه الأسرة» مما يؤدي إلى إصابته بالاكتئاب مصحوباً بالانسحاب الاجتماعي، والإفراط في تناول الكحوليات، وضعف الأداء الأكاديمي، لذلك فإن الحديث عن معارفنا وطرق تفكيرنا على أنها تُسبب الاضطرابات الانفعالية، دون الأخذ في الاعتبار أي عوامل أخرى (على سبيل المثال: «الإهمال في الطفولة، وطبيعة الشخص شديدة الحساسية، والعزلة الاجتماعية) يُعدّ أمراً مضللاً.

نحن نظن أن السبب الأولي أو الخلل الوظيفي في أثناء حالة الاكتئاب أو القلق يكون في الجهاز المعرفي، ومع ذلك فإن هذا يختلف تماماً عن فكرة أن المعرفة وحدها تسبب هذه الاضطرابات، وهي فكرة غير منطقية بقدر تأكيد أن الهلوس تسبب الفصام (Beck et al., 1985: 85; emphasis in original).

يعمل الجهاز المعرفي على تنشيط المعتقدات الأساسية السلبية (على سبيل المثال: «أنا مثير للاشمئزاز») كما يقوم باستخلاص المعلومات حول تجارب

الشخص الحياتية (على سبيل المثال: «لا أحد يرغب في الخروج معي») بطريقة متحيزة ومشوهة، تعمل على تعزيز واستمرارية هذه المعتقدات الأساسية، وتزيد من الكدر الانفعالي المرتبط بها.



## استمرارية الاضطراب الانفعالي

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي الأداء العقلي الحالي للفرد أمراً حاسماً في استمرار الاضطرابات النفسية وثباتها (Clark, 1995: 158) من خلال التركيز بشكل أساسي على الوقت الحاضر، ويساعد المعالج المريضة على تعديل أفكارها الحالية غير التكيفية (على سبيل المثال: «لا أستطيع أن أكون سعيدة من دونه») والافتراضات (على سبيل المثال: «إذا هجرني، فلن يرغب أحد آخر في البقاء معي») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال: «أنا غير محبوبة») من أجل تحسين اضطرابها الانفعالي الذي تعانیه، ولا يمكن تعديل أحداث الحياة الماضية (مثل الإهمال الوالدي، والتعرض للتمتر من قبل الزملاء في المدرسة، وحب الشباب الشديد خلال فترة المراهقة) التي ساهمت في مشكلات الشخص الحالية مثل انخفاض تقدير الذات، ولكن يمكن تعديل المعتقدات، والسلوكيات الحالية التي تؤدي إلى استمرار المعاناة من تلك المشكلة.

عادة ما يُضمّن المنظور التاريخي (أحداث الحياة الماضية التي أثرت في المريض) في العلاج لأنه يساعد المعالج في فهم كيفية تطور مشكلات المريض الحالية، وطبيعة نقاط ضعفه المحددة للاضطراب النفسي الذي يعانیه، فقد تلقى المريضة باللوم على أحداث الحياة الماضية فيما يخص مشكلاتها الحالية (على سبيل المثال: «كان والدي دائماً يخبر أنني سأركن دائماً على الرف، إنه خطؤهما لذلك أصبحت ما أنا عليه الآن») ومع ذلك فإن المعالج سوف يعيد توجيه انتباه المريضة إلى الحاضر بدلاً من التركيز على هذه الرسائل الأبوية المدمرة التي تنتمي إلى الماضي، ويشجعها على التركيز في الخطوات التي يمكن اتخاذها لتوجيه رسائل ذاتية رحيمة ومفيدة.

يلعب السلوك دوراً مهماً جداً في استمرارية الاضطراب الانفعالي، حيث يتصرف الأشخاص بطريقة تدعم معتقداتهم غير التكيفية، فأنت تتصرف وفقاً لما تعتقده، وعلى سبيل المثال، يرى المريض المصاب بالاكنتاب نفسه ضعيفاً، وغير قادر على التكيف مع ذاته، وهو يتصرف بطريقة عاجزة، حيث يدور حول زوجته

منتظراً أن تخبره ماذا عليه أن يفعل؟ وسوف يشمل تغيير سلوك المريض أن يتصرف خلاف معتقداته غير التكيّفية، عن طريق اتخاذ مزيدٍ من القرارات بصورة تدريجية حول كيفية قضاء وقته بشكل منتج وفعال، ومن خلال تغيير سلوكه يدرك المريض في النهاية أن صورته الذاتية السلبية كانت جزءاً من الاكتئاب، وليست ذاته الحقيقية، وملخص القول فإن التغيير المعرفي والسلوكي لهما القدر نفسه من الأهمية (ومن هنا فهذا هو العلاج المعرفي السلوكي).



## المريض كما لو كان عالماً

يقصد بذلك مساعدة المرضى على «تعلّم كيف يصبحون علماء (يفكرون بطريقة علمية) في فحص أفكارهم لكي يتعاملوا مع تلك الأفكار على أنها مجرد فرضيات، وليست حقائق واقعية، ووضعها تحت الاختبار» (Beck and Dozois, 2011) وعلى سبيل المثال: المريض الذي يعاني الاكتئاب، ويعتقد أن أيًا من أصدقائه لن يعاود الاتصال به لأنهم أصبحوا غير مهتمين به، ويُطلب منه إجراء ست مكالمات تليفونية ببعض الأصدقاء، فيعاود ثلاثة منهم الاتصال به، فيقر -على مضض- أنه قد تكون هناك أسباب مقبولة لعدم معاودة الثلاثة الآخرين الاتصال به (حتى لو لم يعد هؤلاء الثلاثة مهتمين به، فهذا يثبت فقط أن توقعه صحيح جزئياً).

إن صورة العلاج التي نهدف أن نقلها المعالج المعرفي السلوكي إلى مريضه، هي أن هناك عالّمين يعملان معاً لتحديد وصياغة مشكلته، واختبار فرضيات حولها، والتفكير في خيارات حل المشكلة لكي يسهل حلها (Blackburn and Davidson, 1995) ويسمى بيك وآخرون (Beck et al. 1979) العمل الذي يتم بين المعالج والمريض كعالمين يعملان معاً في فحص وصياغة واختبار أفكار المريض «التجربة التعاونية». إن العمل كفاحصين مشتركين في حل المشكلة يحول دون أن تصبح العلاقة العلاجية علاقة بين المعلم والتلميذ، وهذه الشراكة في حل المشكلات هي التي تحقق النجاح في العلاج، وليس المعالج، وكذلك تعمل هذه الشراكة بين المعالج والمريض على القضاء على فكرة أن مهمة المعالج هي إصلاح المرضى بينما يظلون سلبيين في أثناء عملية الإصلاح.

يمكن أن يكون ناتج التعاون العلمي بين المعالج والمريض فقيراً إذا أراد المعالج فقط تأكيد فرضياته حول مشكلات المريض (على سبيل المثال: «إنها بالتأكيد مسألة قبول») وتدرجياً يفقد المريض البيانات والمعلومات التي تتناقض مع معتقداته السلبيّة (على سبيل المثال: «النجاح لا يذكر، وال فشل كثير، لذلك أنا فاشل»). إن الحفاظ على عقلية منفتحة، وعدم فرض الرأي في أثناء العملية العلاجية يعني أن كلا من المعالج والمريض يتحدثان من واقع البيانات والمعلومات التي جمعت، وليس تعبيراً عن آراء أو تحيزات شخصية.



**مفاهيم خطأ حول العلاج المعرفي السلوكي**





## المرضى الأذكياء والمتحدثون فقط هم الذين يمكنهم الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي

من منظور مثالي من المتوقع أن يقدم المرضى الذين يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي معلومات مفصلة عن مشكلاتهم، ويجيبون عن مجموعة من المقاييس النفسية لتحديد درجة شدة مشكلاتهم التي أدت إلى لجوئهم للعلاج المعرفي السلوكي، والكشف عن أفكارهم غير التكيفية وعلاقتها بقدرة الانفعالي، وملاء استمارات لتحديد وتمييز المواقف، والأفكار، والمشاعر، واستخدام المنطق واختبار الواقع كنوع من تحدي الأفكار غير التكيفية، والتفاوض، وفهم ومراجعة الواجبات المنزلية، وتقديم عائد للمعالج عن تعلمهم وتجاربهم العلاجية، ويبدو للوهلة الأولى مما سبق ذكره أن هذا المنحى العلاجي منحى معرفي فائق لن يستفيد منه سوى المرضى الأذكياء والمتحدثين فقط.

يشير بيك وآخرون (Beck et al., 1979) إلى أن الذكاء المرتفع -سواء كان ذكاء المعالج أم ذكاء المريض- ليس مطلباً للعلاج (لا تُطبَّق اختبارات الذكاء على أي منهما) والنقطة ذات الأهمية هنا هي تطويع المعالج النفسي للعلاج المعرفي السلوكي لكي يناسب القدرات العقلية واللغوية لكل مريض، وعلى سبيل المثال: التخلص من المصطلحات (يظن بعض المعالجين أنها تجعلهم أكثر مصداقية ومحلا للثقة) وجعل مدة الجلسات أقصر، واستخدام الأوراق في أدنى حدود ممكنة، وتقديم تفسيرات بسيطة لنظرية العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته، وأن تكون الأولوية للواجبات الأدائية على الواجبات المعرفية، إذا كان المريض يرى أن الاستبطان صعب جداً، وغير مفيد.

لقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال مع مرضى ذوي خلفيات اجتماعية وتعليمية مختلفة (Persons et al., 1988) وطوع لكي يلائم العمل مع كبار السن (Laidlaw et al., 2003) ومع ذوي صعوبات التعلم (Kroese et al., 1997) ومع الأطفال والشباب (Stallard, 2002) ومع الجناة الذكور البالغين (Altrows, 2002).

## لا يركز العلاج المعرفي السلوكي على المشاعر

ربما تعطي كلمة «معرفي» انطباعاً أن المعالجين المعرفيين السلوكيين يركزون فقط على الأفكار، ويستبعدون المشاعر، وهذا غير صحيح لأن المشاعر هي المدخل للتدخلات العلاجية، وفي نهاية المطاف يأتي المرضى عادة للعلاج وهم يشكون مما يشعرون به، وليس مما يفكرون فيه، ويربط المعالج المعرفي السلوكي دائماً بين الأفكار والمشاعر خلال التنقيف النفسي الخاص بشرح النموذج المعرفي، وكذلك تُسجّل الأفكار والمشاعر معاً في سجلات الأفكار والمشاعر اليومية (انظر الملحق ٢) كما يؤكد بلاكييرن ودافيدسون Blackburn & Davidson (1995: 203; emphases in original)

لا يمكن التقدم في العلاج المعرفي السلوكي دون وضع المشاعر في الاعتبار طوال الوقت، وإذا لم يستطع المريض الوصول إلى مشاعره المؤلمة، فلن يتمكن هو والمعالج من اكتشاف الأفكار السلبية التي تقف خلف تلك المشاعر، وببساطة لا يمكن أن يحدث العلاج المعرفي السلوكي دون ردود الفعل الانفعالية الأولى (اضطراب المشاعر).

احتوى أول دليل للعلاج المعرفي، العلاج المعرفي للاكتئاب (Beck et al., 1979) على فصل بعنوان «دور المشاعر في العلاج المعرفي» وأكد أن المعالج يحتاج إلى أن يكون قادراً على التعاطف مع الخبرات الانفعالية المؤلمة التي مر بها المريض (35 : 1979). إن محاولة إبقاء المشاعر بعيدة عن العلاج، قد يوحي بأن التركيز الحقيقي في العلاج المعرفي السلوكي هو تعليم المريض كيف يطور عقلاً منطقياً للمساعدة في حل المشكلات، وإذا كان ذلك صحيحاً، فإن عنوان كتاب بيك الذي صدر سنة ١٩٧٦ «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» كان عنواناً خطأ، وكان يجب أن يُسمى «العلاج المعرفي والاضطرابات التفكير».

يجب تنشيط المشاعر في الجلسات من أجل الوصول إلى معارف المريض التي أثارت تلك المشاعر، والتي تسمح بعد ذلك بإعادة تشكيل البنية المعرفية (تغيير الأفكار والمعتقدات) وعلى سبيل المثال: تستعيد المريضة حالة الشعور

الشديد بالذنب ليلةً كاملة، لأنها انشغلت بعملها عن تقديم وجبة العشاء لابنها الصغير السنّ مما جعله يبكي، وتعتبر نفسها سيئةً تمامًا نتيجة لما فعلته. إن مساعدة المريضة على التمييز بين الفعل ونفسها (القيام بفعل واحد معين لا يعكس حقيقة الشخص كلها أو طبيعة حياته) يقلل من الشعور بالذنب، لذلك فإن الأفكار والمعتقدات المهمة في العلاج المعرفي السلوكي هي المتعلقة بالمشاعر، فهي تتعامل مع مشاعرنا وليس عقلنا (Clark and Beck, 2012: 57).

يجب أن يكون المعالج ماهرًا في إثارة الوجدان (المشاعر) إذا كان المريض لا يعبر عن ذلك بشكل تلقائي (Dattilio and Padesky, 1990: 2). إن تغيير المشاعر يعد أمرًا ضروريًا لممارسة العلاج المعرفي السلوكي (على سبيل المثال «كيف تحب أن تشعر بدلا من الشعور بالغضب طوال الوقت؟») ويُحكّم على نجاح العلاج المعرفي في جزء منه من خلال النجاح في تقليل المشاعر السلبية مثل الحزن، والخوف، وأن يصاحب ذلك أيضًا زيادة في المشاعر الإيجابية (Clark, 1995: 160).

## العلاج المعرفي السلوكي هو - في الأساس - التفكير الإيجابي

إذا هجرك شريك حياتك فلا تقلق، لأنك سوف تعثر على شريك آخر قريباً، وإذا انتقدتك مديرتك في العمل، فارجع ذلك إلى مزاجها السيئ. قد يظن بعض المعالجين أن التفكير الإيجابي سوف يؤدي تلقائياً إلى مشاعر إيجابية، ويحذر ليهي (2003) Leahy من أن يصبح المعالج مشجعاً للتفكير الإيجابي، فكيف يعرف المعالج أن المريض سوف يجد شريكاً آخر قريباً، أو أن المديرية لم تكن تقصد انتقاده، وأنها فقط كانت في مزاج سيئ؟ من المرجح أن يصبح المرضى منزعجين من طمأننة المعالج الشديدة التفاؤل دون أي أدلة تدعمها، ولذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس استبدال الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية، بل إنه يهدف إلى مساعدة المرضى على تغيير تقييمهم المعرفي، من التقييمات غير التكيفية وغير الصحية إلى تقييمات تكيفية وقائمة على الأدلة (Beck and Dozois, 2011). تطوّر هذه التقييمات الجديدة من خلال استكشاف المعاني الشخصية التي يفسرون بها الأحداث، وطرح وجهات نظر بديلة لتفسير هذه الأحداث، وإجراء التجارب لاختبار صحة أفكارهم ومعتقداتهم.

على سبيل المثال: المريض الذي يدعي أن مصداقيته المهنية قد دمرت، بعد تعرضه لنوبة هلع أمام حشد كبير من الجمهور، لن يطمئن أن كل شيء بخير من خلال قول المعالج أن «الجميع مازلوا يفكرون فيك بطريقة جيدة، وأن سمعتك مازالت جيدة كما هي» وبدلاً من ذلك يُشجّع المريض على النظر في الأدلة المؤيدة لوجهة نظره، وكذلك الأدلة المضادة لوجهة نظره بأن مصداقيته المهنية قد دمرت، وعلى سبيل المثال «أخبرني بعض الأشخاص أن أستقيل لتجنب الإحراج في المستقبل» في مقابل «العائد الذي أحصل عليه من الجمهور مازال جيداً كما كان قبل حدوث نوبة الهلع» استناداً إلى الأدلة تضاءلت مصداقيته في نظر بعض الأشخاص، ولكن ليس في نظر جميع الأشخاص بكل تأكيد، ويقرر الاستمرار في مشاركاته العامة.

ينبغي عدم الخلط بين التفكير الإيجابي (على سبيل المثال: «يمكنني تحقيق أي

شيء أريده») والنظرة الإيجابية إلى الأمور (على سبيل المثال: «أيًا كانت الأشياء السيئة التي تحدث في حياتي، يمكنني عادة العثور على وسيلة للمضي قدمًا حتى لا أشعر بالقلق بشكل خاص تجاه الانتكاسة الأخيرة التي حدثت لي») وتعتمد النظرة السابقة «المثال الأول: يمكنني تحقيق أي شيء أريده» على التفاؤل غير المبرر الذي يلغي أي حقائق مزعجة قد تحتاج إلى مواجهتها، في حين أن الأخير يعتمد على تقييم الأدلة السلوكية بدقة حتى الآن.

## يبدو العلاج المعرفي السلوكي بسيطاً جداً

غالباً ما تنتشأ هذه المفاهيم الخطأ بسبب الخلط بين معاني «بسيطة» و«مبسطة» أي مباشرة في مقابل «بسيطة جداً» وليس العلاج المعرفي بسيطاً جداً، ولكنه يحاول إتباع قانون الاقتصاد أو قانون أوكهام \* Ockham الذي ينص على أنه «إذا كان بمقدورك تفسير شيء ما بطريقة ملائمة دون مزيد من التعقيد، فإن التفسير البسيط هو أفضل تفسير» (Warburton, 2007: 107). يحاول المعالج إتباع قانون أوكهام من خلال البحث عن تفسيرات وحلول بسيطة بدلاً من التفسيرات المعقدة (على الرغم من أن المعالج يسير على خيط رفيع أحياناً عند محاولة التمييز بين التفسيرات البسيطة والساذجة لمشكلات المريض).

على سبيل المثال، تشكو مريضة من الشعور بالغضب عندما يكلفها رئيسها بعمل إضافي «إنه ليس عدلاً، لأنني أنهيت عملي أولاً، إنني أعاقب لكوني أتمتع بالكفاءة» إن فهم غضب المريضة وتهديتها لن يتم عادة من خلال تحديد الدوافع المفترضة لرئيسها التي جعلته يكلفها بعمل إضافي، أو من خلال فهم شخصية رئيسها، أو مناقشة فلسفة الشركة بشكل متكرر، إن مساعدة المريضة على التأكد من أنها ليست مستثناة من التعرض للظلم في مكان العمل (أو أي مكان آخر) ومعالجة مخاوفها تجاه رئيسها قد يثبت أنها حلول مباشرة لمشكلة الغضب التي تعانيها، وإذا أضيف مزيد من التعقيد على صياغة الحالة، فهذا يعتمد على وجود دليل يدعم هذا التعقيد، وليس على اعتقاد المعالج بأن التعقيد والعمق في فحص المشكلة يعنيان أنك معالج حقيقي أكثر من كونك معالج سطحي.

وفيما يتعلق بالسطح، كان بيك Beck حريصاً على تأكيد «وجود مزيد على السطح أكثر مما تراه العين» وما كان يقصده بذلك هو أن أفكار المريض الآلية

\* قانون أو مبدأ أوكهام هو طريقة حل المشكلات، ويقصد بما أن الحل الأبسط يميل إلى أن يكون الحل الصحيح، وأن النظريات البسيطة أفضل من النظريات الأكثر تعقيداً لأنها أكثر قابلية للاختبار، وتنسب هذه الفكرة إلى وليام أوكهام (١٢٨٧ - ١٣٤٧ م) الذي كان راهباً وفيلسوفاً إنجليزياً.

(المادة الخام كما وصفها بيك (1976) على سبيل المثال: «لا عذر للفشل») يمكن أن ينظر إلى هذه الفكرة في ظاهرها على أنها رد فعل انفعالي (مثل القلق) تجاه حدث معين، على سبيل المثال: (التأخر في إنجاز العمل) ويمكن أن يُعالج بنجاح على هذا المستوى السطحي من خلال فحص وتصحيح هذه التشوهات المعرفية من أجل تحسين مزاجها.

عندما تكون هناك ضرورة لمزيد من التعقيد، تظل التفسيرات تتبع قانون الاقتصاد في التفسير «تحديد أبسط التفسيرات الكافية لتحقيق غرض محدد» (Naugle & Follette, 1998: 67; emphasis in original). وعلى سبيل المثال: يمكن أن تتجمع المشكلات طويلة الأمد حول المعتقد «أنا مزيف، وسأكتشف في النهاية ما أنا عليه حقاً» ومثال ذلك التفسير الذي قدمته المريضة (المثال الذي ذكر في الفقرة الثانية) وترى أنه كافٍ ومُرَضٍ في تفسير سبب دفعها لنفسها بلا هوادة لإنهاء عملها أولاً لكي تثبت لرئيسها مدى كفاءتها، وبهذه الطريقة تستمر في ذهنها يومياً فكرة أنها تتعرض للاحتيال.

## العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا تخفيفاً للأعراض

يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي علاجاً مختصراً نسبياً: من ٦ - ٢٠ جلسة علاجية (Westbrook et al., 2011) ولهذا يظن بعض المعالجين أصحاب التوجهات الأخرى أن العلاج المعرفي السلوكي لا يستهدف سوى تخفيف الأعراض المرضية المصاحبة لمشكلة المريض، بدلاً من الشروع في الفحص المطول للأسباب الجذرية لهذه المشكلات، التي عادة تُعزى إلى خبرات الطفولة (غالباً ما يرى المعالجون أصحاب التوجهات الأخرى غير التوجه المعرفي السلوكي وجهات نظرهم حول الأسباب الجذرية للمرض على أنها حقائق مستمدة من النظريات التي يعتقدونها، وليست مجرد افتراضات تحتاج إلى التدقيق والفحص العلمي) ونتيجة لهذا النهج «السطحي» فما يحدث لا يمثل إلا وضع ضمادة مسكنة على هذه المشكلات، ومن ثمّ سوف تتكرر حتماً، وعلى الجانب الآخر يمكن في العلاج المعرفي السلوكي اعتبار الأفكار، والمعتقدات (عوامل تدعم الاستمرارية) «الأسباب الجذرية المعرفية» (Clark and Beck, 2012) وكما ناقشنا في النقطة ٣، يمكن فهم مشكلات المريض من خلال فحص ثلاثة مستويات معرفية هي: الأفكار الآلية السلبية المتعلقة بموقف محدد، والقواعد والافتراضات (المعتقدات الوسيطة)، والمعتقدات الأساسية غير الشرطية، وكلما كان المستوى المعرفي أعمق، كان الوصول إليه وتغييره أكثر صعوبة.

ومع ذلك، فهذا لا يعني تلقائياً أننا سوف ننظر إلى كل مشكلة من مشكلات المريض عبر هذه المستويات الثلاثة، أو أن المريض سوف يرغب في البقاء في العلاج من أجل استكشاف مشكلاته بصورة أعمق، وخصوصاً عندما يبدأ في الشعور بالتحسن، وربما لا يوافق المريض على أن هناك أي مشكلات أساسية أخرى لحلها (على سبيل المثال «حصلت على ما جئت من أجله») ويمكن أن تتحول العلاقة العلاجية التعاونية إلى علاقة قسرية إذا أصر المعالج على بقاء المريض في العلاج من أجل «عمل أعمق» أي عدم التركيز على الأعراض. وتتوقف درجة تعقيد العلاج على الظروف الإكلينيكية لكل حالة، وليس عن



طريق تبني وجهة نظر محددة سلفاً بأن كل مشكلة تتطلب نهجاً يركز على العمق، وعلى سبيل المثال، يمكن لأحد المرضى الذين يعانون اضطراب الهلع استخدام برنامج علاجي يستند إلى الأدلة العلمية التي تدعمه مثل برنامج سالكوفسكس وكلارك (Salkovskis and Clark, 1991) الذي من المحتمل أن يساعده على أن يصبح معافى من نوبات الهلع عند نهاية البرنامج، وأن يظل محتفظاً بالمكاسب العلاجية التي حققها من خلال فترة المتابعة (Clark, 1996) دون الحاجة بالضرورة إلى استكشاف المعتقدات الكامنة (المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية) كجزء من البرنامج.

وعلى الجانب الآخر، عند العمل مع المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية (بمعنى آخر، سمات الشخصية المتصلبة على سبيل المثال: التجنّب، والاعتمادية، والهيستيرية، والسلوكيات المزمّنة غير التكيّفية، وضعف العلاقات الشخصية) اقترح يونج وآخرون (Young et al. (2003) منحى التركيز على المخططات، مع التأكيد على أعمق مستوى من المعرفة، والمخططات غير التكيّفية المبكرة (خبرات الطفولة) (المعتقد الأساسي، على سبيل المثال «أنا سيئ»). لتعزيز تغيير المريض على هذا المستوى يجب أن يكون العلاج طويل المدى، حيث من المحتمل أن يستغرق العلاج ١٢ شهراً أو أكثر (Davidson, 2008).

هناك اختلاف داخل العلاج المعرفي السلوكي حول الحاجة إلى استخدام العلاج المتمركز حول المخططات، وذلك بالنسبة إلى المرضى الذين يعانون مشكلات غير معقدة، التي يمكن أن تتعقد عند استخدام هذا المنحى العلاجي (James, 2001). على سبيل المثال، بدلا من تقديم برنامج متكامل لعلاج القلق للتكيّف مع التغيرات الأساسية التي تطرأ على العمل، يُوجّه المريض الذي يعاني القلق الشديد تجاه هذه التغيرات من قبل المعالج المتحمس للعمل لاستخدام علاج المخططات، بهدف الكشف عن المعتقد الأساسي «أنا لست جيدا» الذي لا يعرف المريض أنه يعتقد، ولا يعرف مدى صلته بالعمل، وإن هذا الحماس للمنحى الذي يركز على المخططات «مثير للقلق، وبخاصة لحقيقة أنه وإن كان أكثر تفصيلاً وعمقاً، فإن الأدلة على أنه أكثر فاعلية من التدخلات الأخرى، قليلة» (James, 2001: 404). وسواء كان الحد من الأعراض، أو التخلص منها يمثل مساعدة كافية للمريض، أو تمهيداً للعمل على مستويات معرفية أعمق، يجب أن تتوافق التدخلات العلاجية مع متطلبات مشكلة المريض، وليس مع اهتمامات المعالج.



## لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بخبرات الطفولة أو أحداث الحياة الماضية

يعد العلاج المعرفي السلوكي منهجًا لحل المشكلات الحالية (هنا والآن): حيث تُخفّض المشاعر السلبية التي يعانيتها المريض من خلال تحديد وتغيير أفكاره وسلوكياته غير التكيّفية، التي تعمل على استمرار هذه المشاعر السلبية، بدلا من استكشاف أحداث الماضي المسؤولة عن تلك المشاعر، وإلقاء اللوم عليها، رغم أنها يمكن تغييرها (إذا كان المريض يخضع لعلاج يركز على خبرات الماضي، فقد يواجه صعوبة كبيرة في إعادة توجيه ذاته نحو الحاضر) ومع ذلك يتحول الاهتمام الإكلينيكي نحو الماضي في حالتين: أولاً، حينما يعبر المرضى عن رغبة قوية في الحديث عن الماضي، وأن يترتب على عدم تحقيق ذلك خطراً يؤثر سلبياً على التحالف العلاجي، ثانياً عندما يصبح المرضى «متشبهين» بتفكيرهم غير التكيّفي، ويكون من الممكن أن يساعد فهم جذور معتقداتهم التي ترسخت خلال مرحلة الطفولة في تعديل أفكارهم الجامدة (Beck, 2011: 8).

قد يتحول الانتباه الإكلينيكي نحو الماضي، ولكنه لا يظل هناك عادة، ومع إصرار المريض وتفضيله استكشاف الماضي، يمكن أن يساعده المعالج على الربط بين الأحداث السلبية السابقة (على سبيل المثال «التعرض للخيانة من قبل صديقي المفضل») وتفكيره وسلوكه الحاليّ حول هذه الأحداث (على سبيل المثال «منذ ذلك الوقت لم أتمكن أبداً من الوثوق بصديق آخر، ولهذا السبب أفضل العزلة والابتعاد») وعندما لا يكون هناك تقدم علاجي، أو كان التقدم العلاجي طفيفاً (على سبيل المثال، لا يعبر المريض عن أي إحساس بالراحة، أو الحرية بشأن التحرر من علاقة مسيئة) فقد يكون هذا بسبب تركيز المريض على أسئلة «لماذا؟» (على سبيل المثال «لماذا ارتبطت به؟ لماذا استمر هذا الارتباط لفترة طويلة؟ كيف يمكنني أن أكون سعيداً إذا لم أفهم لماذا تصرفت بهذه الطريقة؟). إن النظر إلى الوراء من أجل الإجابة عن هذه الأسئلة قد لا ينتج عنه إجابات مرضية يتطلع إليها المريض، وإذا وجدت إجابات مرضية، فهناك مأزق في العلاج ينبغي تجاوزه وهو: يمكن الإجابة

عن الأسئلة القديمة في العلاج، ولكن هناك حاجة إلى معتقدات وسلوكيات جديدة، لتجنب إمكانية أن يعيد الماضي نفسه في العلاقة القادمة، أو أن تضعف استقلاليتها حديثاً النشأة.

يقوم المعالج في بعض الأحيان بتوجيه انتباه المريضة نحو الماضي، لكي يتمكن من مساعدتها على رؤية ما تعتبره صحيحاً عن نفسها (على سبيل المثال: «أنا لست جيدة بما فيه الكفاية، لقد كان والدي يفضّل عليّ أختي الأكبر» «كاستجابة تجاه البقاء في بيئة عائلية تنافسية، حيث كان عليها منافسة أختها الأكبر سناً على مديح وحنان والديهم، حيث كان الوالدان يعتقدان أن المكافآت سوف تُمنح لابنتهم التي أدت أكثر المهام صعوبة بعزيمة وثبات، وعلى سبيل المثال، إكمال واجباتها المدرسية، أو المساعدة في أعمال المنزل، وكثيراً ما خسرت المريضة في هذه المنافسة الشرسة، وقد ظل إرث هذه العائلة معها حتى اليوم في سعيها اللانهائي لإثبات ذاتها «جيدة بما فيه الكفاية»، ولكن عندما تقصر تتأكد في ذهنها: «الحقيقة التي أعرفها عن نفسي، أنني لست جيدة بما يكفي».

أظهرت المريضة عادات مختلفة حافظت ودعمت استمرار معتقداتها عن ذاتها عبر عدة سنوات، ومن ثمّ ترسخت في ذهنها فكرتها عن نفسها «حقيقتها». الآن وفي أثناء جلسات العلاج تقوم المريضة بتطوير معتقدات جديدة عن ذاتها تكون متوازنة ورحيمة (على سبيل المثال: «أنا أعلم أنني جيدة بما يكفي بناء على رأيي الخاصة لكيف تسير حياتي بطريقتي الخاصة» مما يساعد على التخفيف من ذكريات الطفولة المؤلمة (انظر النقطة ٩٠) وعلى الرغم من أن تاريخ المريضة التعليمي الذي يقف خلف معتقداتها غير النكيفية قد يحتاج إلى استكشاف، فإن الشيء الحاسم بالنسبة إليها هو التخلي عن تلك الأفكار التي تحتفظ بها حالياً، حتى يمكن أن يكون الغد أفضل من الأمس (Grieger and Boyd, 1980: 76-77).



## لا يستخدم العلاج المعرفي السلوكي العلاقة العلاجية كوسيلة لتغيير المريض

إن النظرة النموذجية للعلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، هي أنه من الضروري المساعدة في تعزيز تغيير المريض، ولكنها ليست كافية لإحداث التغيير الأمثل، ويتحقق التغيير الأمثل من خلال تطبيق التكنيكات المعرفية السلوكية (Beck et al., 1979) وتُطبَّق تلك التكنيكات على مشكلات المريض التي تحدث خارج إطار الجلسات العلاجية، وتطبق فقط على العلاقة العلاجية نفسها عندما تكون هناك مشكلات في العلاقة العلاجية تعوق تطبيق هذه التكنيكات (تسمى هذه الصعوبات عند بيك وآخرين [١٩٧٩] «المشكلات الفنية») وتتظر التطورات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي إلى العلاقة العلاجية على أنها أداة تدخل علاجي في حد ذاتها (Blackburn and Twaddle, 1996: 7). أحد الأمثلة على العلاقة العلاجية كأداة للتدخل، هو استخدامها مع المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية، حيث تصبح العلاقة العلاجية مختبراً للمخططات يمكن للمريض من خلالها تقييم معتقداته الجوهرية غير التكيفية (على سبيل المثال «لا يمكن الوثوق بأحد») (Padesky and Greenberger, 1995: 123; Beck et al., 2004)، واختبار المعتقدات الأساسية البديلة، والأكثر تكيفاً (على سبيل المثال «يمكن الوثوق ببعض الأشخاص لبعض الوقت») وبما أن المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية غالباً ما يجدون صعوبة في تطوير علاقة علاجية، فإن «المختبر» يسمح للمعالج بمراقبة أداء المريض عن كثب، وكذلك الحصول على سرد تاريخي للصعوبات المستمرة التي يواجهها المريض في العلاقات الأخرى (Davidson, 2008).

يمكن أن يساعد استكشاف العلاقات الشخصية المعالج على فهم ومعالجة قضايا التحويل<sup>(١)</sup>، والتحويل العكسي<sup>(٢)</sup>، والمآزق في العلاقة العلاجية التي تعوق

1 - Transference.

2 - Countertransference.

تقدم المريض، وإذا كان بعض المعالجين المعرفيين السلوكيين يعترضون على المصطلحات الدينامية النفسية للتحويل، والتحويل العكسي، الذي يُستخدم في العلاج المعرفي السلوكي، فيمكنهم على سبيل المثال، اختيار مصطلح «المعتقدات والسلوكيات المتداخلة في العلاج» باعتبارها أكثر توجهًا نحو العلاج المعرفي السلوكي، ويقصد بالتحويل «أن المرضى يتفاعلون (والأهم من ذلك أنهم يبالغون في تفاعلهم) مع المعالج، كما يفعلون مع أشخاص آخرين ذوي أهمية كبيرة في حياتهم» (Walen et al., 1992: 246). على سبيل المثال، قد تلجأ المريضة عادة إلى خبرة المعالج، مثلما تلجأ إلى خبرة بعض الأشخاص المهمين في حياتها، بدلاً من التفكير في الأشياء بنفسها: «أرائي ليس لها قيمة، أو لا تعد آراء» وسوف يقوض مثل هذا «التفكير الاعتمادي» قدرة المريض على أن يصبح معالجًا ذاتيًا لنفسه، وهو الهدف النهائي للعلاج المعرفي السلوكي، ويمكن أن يسهل المعالج تحرك المريض نحو تفكير أكثر استقلالية، من خلال استمرار تعزيز الرسالة التي مفادها «آراؤك تعد آراء قيّمة، ولهذا السبب أريد سماع وجهة نظرك».

التحويل العكسي، هو ما يفكر ويشعر به المعالج تجاه المريض، مثلًا: تشعر المعالجة بالقلق بسبب اقتراب موعد المريض، حيث سيتعين عليها تحمل «ساعة من الشكوى والنحيب» وبمساعدة المشرف على المعالجة، يمكنها أن تتعلم تحمل كل موعد دون قلق (على سبيل المثال «المرضى ليسوا هنا لجعل حياتي سهلة أو للترفيه عني» والبحث عن طرق مبتكرة لتحويل انتباه المريض من البكاء على مشكلاته إلى العمل على حلها، ويمكن للتغلب على معوقات العلاقة العلاجية (على سبيل المثال الاختلاف على سرعة خطوات العلاج) من خلال ما يسميه سافران وموران (Safran and Muran (2000) «ما وراء التواصل» أي إن المريض والمعالج يسيران خارج العلاقة المتوترة للتقدم نحو علاقة تعاونية لا يشوبها اللوم (على سبيل المثال يوافق المعالج على اتباع منهج «الإسراع» في حل المشكلات، ويوافق المريض على تقديم معلومات أكثر تحديدًا عن مشكلته، بدلاً من الاستمرار في التحدث بشكل عام حول تلك المشكلة) ويتحمل المعالج المسؤولية الأساسية لبدء عملية ما وراء التواصل واستمراريتها.

ملخص القول، في حين أن هناك كثيرًا من النقاش في التراث البحثي حول الأهمية النسبية للعلاقة العلاجية، أو فنيات العلاج، يشير ليهي Leahy إلى «إن ضمان استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وتحسين التحالف العلاجي قد يوفران العلاج الأمثل» (2008 : 770).

## لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالعوامل الاجتماعية والبيئية التي تسهم في مشكلات المريض

يفترض هذا الاعتقاد الخطأ أن العلاج المعرفي السلوكي يتبنى النظرة المعرفية البحتة، التي تعني أن التفكير المشوه يؤدي وحده إلى الاضطراب الانفعالي الذي يعانيه الفرد، بغض النظر عن ظروفه الحياتية، ومن ثمّ فإن المريض هو المسؤول عن مشكلاته لأنه «يفكر بشكل خطأ» والأمر ليس كذلك، حيث يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى علاج مجموعة من المشكلات والمواقف النفسية، التي تسهم في شعور المريض بالكرب والبؤس ( Blackburn and Davidson, 1995: 16; emphasis added). يقوم المعالج بفحص كل من العالم الداخلي والخارجي للمريض (يتطلب ذلك فحص مذكرة تسجيل الأفكار اليومية للمريض، ومعلومات حول المواقف، والأفكار، والمشاعر، انظر الملحق رقم ٢). على سبيل المثال، المريضة التي «تشعر أنها محاصرة في زواج غير سعيد، ويجب أن تخرج منه» فإن المعالج يريد أن يفهم ما الذي يجعل زواج المريضة غير سعيد (على سبيل المثال «زوجي مدمن كحوليات، أصبح غريباً عني ولم أعد أعرفه، وقد مات الحب الذي كان بيننا»، وما الأفكار والمشاعر التي تشعر أنك محاصرة بهذا الزواج، (على سبيل المثال «إن تركته، فسوف يشرب حتى الموت، وسوف يكون هذا خطئي، وسوف أشعر بالذنب كثيراً»).

إن النظرة المثيرة للسخرية حول العلاج المعرفي السلوكي هي الاعتقاد بأن المريضة غاضبة فقط بسبب تفكيرها السلبي حول العيش مع مدمن كحوليات، وأن النواتج المدمرة لهذه العلاقة ليس لها تأثير على حالتها النفسية، بينما في العلاج المعرفي السلوكي في الحياة الواقعية، سيترف المعالج بمعضلة المريضة، ويقوم بشكل تعاوني بإجراء تقييم واقعي لمسؤوليتها عن موته، إذا تركته، وصدق تنبؤها: «ليس لدي القدرة على منعه من الشراب سواء عشت معه أو تركته» ومن خلال تحسين شعورها بالذنب، تصبح المريضة قادرة بكثير من الحزن، على إنهاء تلك العلاقة، وفي جوهر العلاج يرغب المعالجون المعرفيون السلوكيون أن يتفهموا،

بالتعاون مع مرضاهم، وبموضوعية شديدة، كيف يمكن أن تصبح المواقف غير السارة أكثر سوءًا من خلال التقييمات المشوهة، وغير الواقعية التي يتبناها المرضى، مما يضعف من قدرتهم على التكيف مع مشكلاتهم بصورة ملائمة.



## العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا تطبيق المنطق السليم على مشكلات المريض

وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي يشجع المرضى ببساطة على التفكير بواقعية في مشكلاتهم، بدلاً من تفجيرها وتضخيمها، وعندما يسود التفكير المنطقي، سوف تتحسن مشاعر المرضى، ويحتوي كتاب بيك «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» الذي صدر سنة ١٩٧٦ على فصل بعنوان «المنطق السليم وما يتبعه» حيث يقول إن كل شخص بحكم خبرته الشخصية، ومحاكاته للآخرين، والتعليم الرسمي الذي تلقاه، يتعلم كيفية استخدام أدوات المنطق السليم: تشكيل واختبار المشاعر، والتمييز، والاستدلال (١٩٧٦: ١٢-١٣). يمكن أن يقوم المعالج بتشجيع المرضى على الاعتماد على المنطق السليم في معالجة مشكلاتهم الانفعالية.

ومع ذلك، فإن المنطق السليم له حدوده، ويفشل في «تقديم تفسيرات صادقة، ومفيدة للاضطرابات الانفعالية المحيرة» (Beck, 1976: 24). على سبيل المثال: ربما يكون أحد المرضى قد تعرض للمئات من نوبات الهلع، التي يعتقد خلالها أن قلبه ينزهر أنه على وشك التعرض لنوبة قلبية شديدة، ولكن في كل مرة، لا يحدث أي شيء، ويمتلك المريض قدرًا هائلًا من الأدلة التي تنفي توقعه الكارثي، ولكن لم يحدث هذا التشكيك، فلماذا أخفق منطق السديد عدة مرات في هذه القضية؟ وكذلك هناك كثير من النصائح المنطقية التي يتلقاها من أسرته وأصحابه، والتي فشلت في طمأنته أيضًا (على سبيل المثال «إذا كنت سوف تتعرض لنوبة قلبية لحدث ذلك منذ وقت طويل، لذلك لا داعي للقلق، هل حدث ذلك؟»). إن العثور على إجابة هذا اللغز يتطلب منطقًا استكشافيًا غير اعتيادي من قبل المعالج، في الكشف عن العوامل التي تحافظ على استمرارية تفكير المريض الذي يعاني نوبات الهلع بتلك الطريقة.

يشير سلكوفسكس (1991) Salkovskis إلى أهمية الدور الذي تؤديه سلوكيات السلامة في استمرارية القلق، والهلع (أي السلوكيات التي تمنع وقوع الكارثة



المروعة من وجهة نظر المريض). في المثال أعلاه، عندما تزيد ضربات قلب المريض، قد يحاول الاسترخاء، أو الجلوس، أو أخذ نفس عميق، أو تجنب ممارسة الرياضة، أو القيام بنشاط معين من أجل إبطاء معدل ضربات القلب، ومن ثمّ، من وجهة نظر المريض فقد تجنب بذلك حدوث نوبة قلبية، ولسوء الحظ، فإن أسلوبه المنطقي في حماية نفسه يدعم تنبؤاته الكارثية (على سبيل المثال: «كان ذلك على وشك الحدوث، في المرة القادمة قد لا أكون محظوظاً إلى هذا الحد») نظراً لأن كل نوبة هلع ينظر إليها على أنها الكارثة التي لم تحدث، بدلاً من كونها دليلاً على أن أفكاره غير صحيحة، لذلك يعتقد المريض أنه كان لديه المئات من الكوارث التي لم تقع، بمجرد الكشف عن المنطق الداخلي للمريض المتعلق بسلوكيات السلامة والأمان، ويمكن للمريض التخلص من تلك السلوكيات إذا توقف عن محاولة إنقاذ نفسه، وتجربة ذلك عند الشعور بنوبة الهلع (على سبيل المثال: الركض على الفور، أو صعود السلم بصحبة المعالج، ثم القيام بهذه التمارين بنفسه عندما يكون بمفرده) وذلك من أجل معرفة ما سوف يحدث له بالفعل، ومن ثمّ يتبنى استنتاجات جديدة، وغير خطيرة حول قلبه المضطرب (على سبيل المثال: «قلبي على ما يرام»).

قد يشير المريض إلى أن ما تعلّمه في العلاج «يبدو كالمنطق الحقيقي تماماً» لكنه لم يكن يبدو منطقياً قبل أن يتعلمه، لأنه كان يخشى في البداية التخلي عن سلوكيات السلامة والأمان التي كان ينتهجها، وكان يتساءل إذا ما كان المعالج غير منطقي في اقتراحاته العلاجية التي كلفه بها.

## العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا توجهاً تكتيكياً

أحد الانتقادات الشائعة الموجهة إلى العلاج المعرفي السلوكي «هو أنه يبدو توجهاً تكتيكياً» وأنه يركز بشدة على المنحى غير النظري، أو غير التصوري في نظرتهم للمريض الفردي (Leahy et al., 2012: 437). يفترض هذا المفهوم الخطأ حول العلاج المعرفي السلوكي أن المعالجين المعرفيين السلوكيين ببساطة يستمدون أدلتهم العلاجية لاضطرابات معينة (مثل الهلع والوسواس القهري) ويطبقون التكتيكات التي تستند إلى الأدلة العلمية التي تثبت فاعليتها لتحسين أعراض المريض، وفي حقيقة الأمر، يأتي تطبيق التكتيكات العلاجية تالياً لصياغة مشكلات المريض (صياغة الحالة) من خلال التعاون بين المريض والمعالج (انظر النقطة ٣٠). وفقاً للنظرية المعرفية في الاضطرابات الانفعالية، فإن صياغة الحالة هو فهم دقيق لمشكلات المريض الفردية، وتطورها (على سبيل المثال: كانت المريضة تشعر بالرعب بعدما ضلت الطريق ساعاتٍ خلال قيادتها السيارة متجهة إلى ليفربول للمرة الأولى) (كانت تجربة مروعة حقاً). ما الظروف التي ينشط فيها قلقها المرتفع؟ (على سبيل المثال، توقع أن تضل الطريق مرة أخرى عند السفر إلى وجهة جديدة، أو حدوث ذلك بالفعل، وأحياناً عدم التأكد من وصولها إلى أماكن مألوفة أو آمنة) وما الذي يؤدي إلى استمرارية المشكلة؟ (على سبيل المثال، محاولة التأكد التام من أن اتجاهات السفر صحيحة من كل الجوانب، والقلق المفرط قبل السفر).

وحتى إذا استخدمت تقنية القيادة الموجهة بالأقمار الصناعية، فإن ذلك لن يكون عاملاً مؤثراً في خفض شعورها بالقلق، لأن هذه التقنية قد تتعطل ومن ثم تفقد الاتصال، وفي النظرية المعرفية للقلق، تكمن الفكرة الأساسية في الخوف من الخطر أو التهديد الذي سوف يحدث في المستقبل، حيث يكون الشخص مهيباً لذلك (انظر النقطة ٦)، وعلى المعالج أن يفكر في ما قد يمثل الخوف الأساسي الذي يفقد المريض نحو القلق.

ومن صياغة الحالة تتبع الخطة العلاجية، واختيار التكتيكات التي يمكن أن

تكون مفيدة في علاج قلقها، وفي هذه الحالة تحديداً، فإن الشروع في مجموعة من التجارب التي تضل فيها المريضة الطريق في أماكن جديدة لإثبات أن كوني تائهة أمر مزعج، ولا مفر منه، ولكنه محدود زمنياً، فلا يمكن أن تضل الطريق إلى الأبد، يؤدي إلى أن تخرج المريضة من تلك التجارب بعد أن تكتشف النواة الحقيقية لقلقها (سوف أفقد إلى الأبد، ولن أرى عائلتي مرة أخرى) وفي تطور صياغة الحالة الخاصة بمشكلات المريضة قالت «إنه أمر مثير للسخرية تماماً، وليس لدي أدنى فكرة عن سبب اعتقادي هذا، ومن شأن الذهاب إلى أماكن جديدة أبعد وأبعد عن المنزل أن يزيد من فرص أن يظل الشخص مفقوداً إلى الأبد، ومع كل ما يستتبع ذلك من نتائج، أستطيع الآن أن أفهم حقاً لماذا كانت تجربة أن أضل الطريق، تجربة فظيعة بالنسبة إليّ» وكانت استجابتها التكيّفية الجديدة تجاه فقدان الطريق هي «ضللت الطريق، ولكنني وجدته مرة أخرى».

دون صياغة الحالة لتوجيه العلاج، فمن المرجح أن تُستخدم التكنيكات بطريقة عشوائية، ويتحول تركيز العلاج دائماً على ما يبدو مثيراً للاهتمام في أي لحظة (Blackburn and Twaddle, 1996).

# الجزء الثالث

## تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي

٣١-٢٢	..... فلنبدأ
٤٨-٣٢	..... طرق اكتشاف الأفكار الآلية السلبية
٦٢-٤٩	..... الفحص والرد على الأفكار الآلية السلبية
٦٦-٦٣	..... الواجبات المنزلية
٧٢-٦٧	..... طرق اكتشاف الافتراضات/ القواعد
٨٠-٧٣	..... تعديل الافتراضات والقواعد
٨٤-٨١	..... الكشف عن المعتقدات الأساسية
٩٣-٨٥	..... تطوير وتدعيم المعتقدات الأساسية البديلة
٩٧-٩٤	..... إنهاء العلاج وما بعده
٩٨	العلاج المعرفي السلوكي: هل هو مخصص للمرضى فقط؟
١٠٠-٩٩	..... قضايا أخرى

فانبدأ



## تهيئة المشهد

نعني من خلال تهيئة المشهد عدم الدخول مباشرة في العلاج، من أجل «تحسين حالة المريض» في أسرع وقت ممكن، ولكن بدلاً من ذلك تهيأ الأرضية العلاجية قبل بدء العلاج الرسمي، ويتضمن هذا الأمر الترحيب بالمريض بطريقة مهذبة، وتجاذب أطراف الحديث لمدة قصيرة من أجل كسر الحواجز بين المعالج والمريض (على سبيل المثال «كيف كانت رحلتك؟»). يمكن سؤال المرضى عما إذا كانت هناك أي أسئلة مبدئية يريدون طرحها قبل أن يبدأ المعالج في معرفة أسباب مجيئهم لطلب الاستشارة النفسية في الوقت الحالي (على سبيل المثال: «لدي ما يكفي من المشكلات، وسوف أفعل كل ما يمكن فعله من أجل تنظيم حياتي»، «أريد أن أعرف ما يمكن أن يقدمه العلاج لي»، «أريد أن أتقدم إلى الأمام، ولكن هذا يعني القيام بكثير من التغييرات التي لست واثقاً بقدرتي على القيام بها» أو «تمارس زوجتي ضغوطاً كثيرة عليّ طلباً للمساعدة، ولا أظن أن هناك مشكلة تتطلب ذلك»). يمكن أن تساعد هذه الأسباب المعالج في تحديد دافعية كل مريض للتغيير (على سبيل المثال: الملزم، والفضولي، والمتردد، والمقاوم) وتُصمَّم المناقشة لتعكس ذلك. على سبيل المثال: تحديد خطة علاج للملزم، والحديث عن العملية العلاجية وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي للفضولي، والنظر في إيجابيات وسلبيات التغيير بالنسبة إلى المتردد، وفحص إذا لم تكن هناك مشكلة (على سبيل المثال، الاستخدام الزائد للكحوليات) ولكن قد يكون لها بعض التأثيرات المثيرة للمشكلات (مثل تدهور العلاقة الزوجية) للمقاوم.

يمكن للمعالج أن يسأل المرضى عن توقعاتهم للعلاج، التي قد تختلف من مريض لآخر إلى حد كبير (على سبيل المثال «سوف تفهمني»، «أنت سوف تستكشف طفولتي، وتلقي باللوم على والديّ بسبب ما أعانيه» أو «سوف تمارس بعض الضغوط عليّ لتجعلني أقوم بعمل أشياء لا أرغب في القيام بها»)، ومن أجل التعامل مع أي سوء فهم قد يكون لديهم، ما قد يمهد بعد ذلك إلى وصف موجز للعلاج المعرفي السلوكي، ويتضمن: النظر إلى العلاقة بين الأفكار والمشاعر،

وتحمل المسؤولية الشخصية عن التغيير، ووضع جدول الأعمال، والتركيز على مشكلة محددة، ووضع أهداف واضحة ومحددة، وقابلة للقياس، والتعاون في حل المشكلات، والقيام بالواجبات المكلف بها، وأن يصبح المريض معالجًا ذاتيًا، وهو الهدف النهائي للعلاج المعرفي السلوكي، ثم نحصل بعد ذلك على عائد يتضمن آراء المريض وملاحظاته حول نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومن ثم نستأذن المريض للمضي قُدماً في العلاج المعرفي السلوكي، وقبل منح الإذن ببدء العلاج، يكون المريض قد طلب الحصول على مساعدة المعالج، وبعد ذلك يصبح الشخص مريضاً قام باختيار حرٍّ ومستتير.

يمكن للمعالج أيضاً مناقشة أهمية التسجيلات الصوتية الرقمية للجلسات، والأساس المنطقي لها، كحجر زاوية في الإشراف على المعالج، وتحديد جودة أعماله، وتعزيز وتسهيل تعلم المريض من خلال الاستماع إلى تسجيلات الفيديو الرقمية بين الجلسات، وربما يعالج المريض المعلومات بطريقة سيئة في الجلسة العلاجية لسبب ما، على سبيل المثال، اضطرابه الانفعالي، أو الشعور بالحرج نتيجة طلبه توضيح من المعالج، أو انشغاله بروية المعالج له، ورأيه فيه (على سبيل المثال: «إنه يراني ضعيفة ومثيرة للشفقة») ومن واقع خبرتنا فإن معظم المرضى يوافقون على تسجيل جلساتهم، ولا يقلقون بشأن وجود معدات التسجيل في غرفة العلاج (المعالجون عادة هم من يقلقون من تسجيل الجلسات العلاجية، خوفاً من أن يُفيموا من قِبل المشرفين عليهم على أنهم غير أكفاء).

يمكن للمعالج أن يستفسر عما إذا كان المريض قد خضع للعلاج من قبل (وأي نوع؟) وهل كان مفيداً (على سبيل المثال: «أظهر المعالج اهتماماً حقيقياً بمشكلاتي، وشعرت حقاً أنني كنت شغوفاً بهذا العلاج» أو كان غير مفيد (على سبيل المثال: «لقد شعرت بالضياع» وإذا كان قد تم الحفاظ على أي مكاسب علاجية (على سبيل المثال «شعرت بتحسن بعد ذلك بقليل، ولكنني الآن أشعر بالقلق كما كنت من قبل، لقد تخلّيت عن محاولة التغيير»)) ويمكن للمعالج استخدام هذه المعلومات للمساعدة في بناء تحالف علاجي مثمر مع المريض، والكشف عن عوائق العلاج المحتملة (على سبيل المثال: افتقاد المريض الواضح لمواصلة بذل الجهد) ويجب مناقشة مسألة السرية وحدودها، أو من سيعرف أو يتمكن من الوصول للمعلومات المتعلقة بمشكلات المريض (على سبيل المثال: المشرف على المعالج، والطبيب المعالج الذي أحال المريض، وغيره من المهنيين الصحيين المرتبطين بمشكلات المريض) ويُنفق على القضايا العملية مثل رسوم الجلسات،

وتوقيتها، والعقد العلاجي إذا لزم الأمر، ومدة وتكرار الجلسات، والمدة اللازمة للعلاج (على أساس التقدم العلاجي الذي أحرزه المريض).

قد تبدو المتطلبات السابقة لتهيئة المشهد العلاجي قبل بدء العلاج الرسمي كثيرة، ولكن هذا يعني أن المرضى لديهم صورة واضحة لما ينتظرونهم، وأنهم قد اتخذوا قراراً حراً ومستتيراً حول متابعة العلاج، وقد يتضح كذلك أن العلاج المعرفي السلوكي لا يناسب هذا المريض، وأنه بحاجة إلى إحالته إلى مكان آخر.





## تقييم المريض

تتضمن عملية التقييم في العلاج المعرفي السلوكي جمع المعلومات المتعلقة بمشكلات المريض، وتفصل هذه المعلومات في صياغة الحالة (انظر النقطة ٣٠) ويفترض تايلور (2006: 99) أن «التقييم الجيد يمهد لعلاقة علاجية سليمة» وقد يستغرق التقييم المبدئي جلسيتين أو أكثر، ولكن من الناحية العملية، يستمر التقييم طوال جلسات العلاج من أجل صقل وتحسين صياغة الحالة، والتقييم هو تحويل المشكلات إلى اضطرابات (مثل، الاكتئاب الشديد، والقلق على الصحة، والقلق الاجتماعي، واضطراب كرب ما بعد الصدمة) بناءً على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5, American Psychiatric Association [APA], 2013). نحن نقول «عادة» لأن بعض مشكلات المرضى لن تتوافق بسهولة (أو على الإطلاق) مع محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، لذلك سوف نحتاج إلى تطوير صياغة مميزة (على سبيل المثال: يريد المريض أن يفهم لماذا يفنقر إلى الطموح، وبعد ذلك يتعلم كيفية إشعال الحماس بنفسه من أجل التقدم في الحياة).

ينبغي أن تغطي عملية التقييم ثلاثة جوانب:

١- الفهم التفصيلي للمشكلة التي أنت بالمريض طلباً للمساعدة، وهذا يتضمن جمع البيانات حول الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات، وردود الفعل الجسدية المتعلقة بالمشكلة محل الاهتمام (الاكتئاب الناتج عن إنهاء علاقة) وتستخدم المقاييس لقياس شدة المشكلة (في هذه الحالة لقياس شدة الاكتئاب) ويمثل ذلك خط الأساس، ويستخدم إلى جانب طرق أخرى لتحديد مدى تقدم المريض في العلاج (على سبيل المثال، الدرجات التي تنخفض (تقدم) أو ترتفع مرة أخرى (انتكاسة) ومن أكثر المقاييس شيوعاً في العلاج المعرفي السلوكي مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II; Beck et al., 1996) ومقياس بيك للقلق (BAI; Beck et al., 1988). يتكون مقياس بيك للاكتئاب من ٢١ بنداً للتقدير الذاتي تقيس شدة الاكتئاب، بما في ذلك شدة اليأس، والأفكار الانتحارية، ويتكون مقياس بيك

للفلوق من ٢١ بنذا للفقرفر الذافف؁ وققفس مءى اسافباف المرصف المرففة و الفسفولوجفة للفلق.

٢- ففم لماذا اسامر المشكلة (معافاة المرصف) ورفم ذلك من خلال نموزج (A- B- C)؁ وبالنفظر إلى المبال الفالف نفء أن(A)= الأفاء الضاعطة (المواقف)؁ و(B)= الأفكار والمعفءاف؁ و(C)= المافرباف السلوكفة والانفعالفة.

المافرباف الانفعالفة والسلوكفة (C)	الأفكار والمعفءاف (B)	الموقف (A)
الشعور بالافكئاب؁ والألم؁ والعضب؁ والانسحاب الافاماف.	أنا لا أسافق ذلك؁ لماذا افركنف؟ لا فمكن أن أكون سعفة من ءونه.	المكوا في المنزل وءفة؁ ننفجة انافاء العلاقة.

وافكون مشاعر المرصف أفسر ففماف؁ وأكثر وضوحاف وكناففة فف سفافاف مءءة؁ ولكن لفس بصفة عامة؁ وققم نموزج (A- B- C) عرضاف بسفطاف؁ وفعالاف للفرفة الفف فوفر بها الأفكار فف المشاعر؁ كما أن اسافبافها السلوكفة بالانسحاب الافاماف سوف افعم معفءافها؁ ومن ثم فزفء افكئابها؁ وافور فف حلقة مفرغة من الفأس؁ وفمكن جمع مزفء من الأمثلة حول (A- B- C) لافءفء ما إذا كانت هناك أنماط أو صور مءءة فظهر فف أفكار المرصف ومعفءافه (على سبفل المبال؁ الفوف من الشعور بالافعاسة مءى الففة من ءونه).

٣- المنظور الطولف؁ وفسعى هذا المنظور إلى ففم كفف ساهماف العوامل السابقة فف ففة المرصفة فف ففبافها للإصابة بالمرض (على سبفل المبال: فعنقء أنها لا قفمة لها من ءون شرفك الففة) وعلاقتها بمشكلاتها الفالفة؁ وفمكن أن فافمن هذه العوامل مموعة من العلاقات الفاشلة؁ وعءم القءرة على الفكفف مع العفش بمفرءها؁ ونوباف من الافكئاب؁ والفأس من العاور على شرفك فءفء فف الففة؁ والاسافرافففاف الفف فافول من خلالها الففاظ على علاقتها وحمافها من الانفهار مفل كونها شخصفة فاضعة؁ ورفصفة على إرضاء الأخرفن؁ ومجارفة للمجمع (انظر النقة ٧).

وفافور الفقفم إلى صفاغة الفالة؁ ففث فناقش المعالج والمرصفة باسافءام

النموذج المعرفي كيف يتفاعل الماضي والحاضر معاً، لخلق معاناة المريضة واستمراريتها، والسعي إلى وضع خطة علاجية مناسبة لمعالجة مشكلاتها، وتحقيق أهدافها، ويقترح بيك (2011) Beck أن يُنقّف المرضى حول اضطراباتهم الانفعالية مثل الاكتئاب والهلع، حتى يتمكنوا من عزو مشكلاتهم الحالية إلى الاضطراب، وليس لأنفسهم كونهم «ضعفاء» أو «فاقدي العقل» (على سبيل المثال: «إنه من المفيد معرفة أن مشكلتي شائعة، وأنني لست الوحيد في العالم الذي أعانيها»).

## تقييم مدى ملائمة المريض لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي

قام كل من سافران وسيجال (1990) Safran & Segal بتطوير مقياس لتقييم مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ويتكون المقياس من عشرة بنود، يتم من خلالها تقييم المرضى على مقياس متدرج تتراوح الدرجة على بنوده بين (صفر: ٥٠ درجة)، وتشير الدرجة الكلية (صفر) إلى عدم ملائمة العلاج تمامًا، بينما تشير الدرجة (٥٠) إلى أقصى درجة من ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، وسوف نعرض في السطور التالية كيف تستخدم هذه النقاط العشر لتقييم مدى ملائمة العلاج المعرفي المختصر للمريضة، التي أتت طلبًا للعلاج نتيجة عديد من المشكلات الانفعالية المتعلقة بزيادة الضغوط في العمل بعد إعادة هيكلة الشركة.

- ١- إمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية، وذلك بعد شرح وتقديم أمثلة عليها (انظر النقطة ٣) هل المريضة قادرة على اكتشافها وصياغتها؟ نعم فعلاً. (٤)
- ٢- الوعي والقدرة على التمييز بين المشاعر، ويقصد به هل المريضة مدركة وقادرة ويمكنها على سبيل المثال، التمييز بين الغضب، والشعور بالذنب، والخزي، والاكئاب؟ جزئياً: تواجه صعوبة في التمييز بين الشعور بالخزي، والذنب. (٣،٥)
- ٣- قبول المسؤولية الشخصية، قبلت المريضة المسؤولية الشخصية عن التغيير، ولكنها قالت: «لم أكن لأواجه تلك المشكلات لو لم يكن هذا هو مديري في العمل». (٣)
- ٤- التوافق مع المنطق المعرفي، ويقصد به فهم المريضة وتقبلها النموذج المعرفي، بما في ذلك تنفيذ الواجبات المنزلية. (٤)
- ٥- إمكانية تحقيق التحالف العلاجي (في الجلسة) هل يمكن للمريضة أن تحقق تحالفاً علاجياً منتجاً مع المعالج؟ لقد شعرت المريضة بالاستياء من بعض أسئلة المعالج (على سبيل المثال «ماذا تقصد بأنني الذي أغضبت نفسي عندما

طلب مني المدير التأخر في العمل لإنهاء مشروع؟» مما قد يقلل من احتمالية تكوين تحالف علاجي أمثل. (٣.٥)

٦- إمكانية تحقيق التحالف العلاجي (خارج الجلسة) ويقصد به هل المريضة قادرة على تكوين علاقات إيجابية، ومثمرة في حياتها؟ لقد كانت هناك صورة مختلطة حول هذه المسألة (على سبيل المثال كانت لديها علاقات وثيقة مع الآخرين، ولكنها يمكن أن تتفكك بسرعة إذا شكت أن تلك العلاقات يشوبها عدم الولاء والاحترام). (٣)

٧- إزمان المشكلات، منذ متى واجه المريض المشكلة؟ أقرت المريضة بعدم رضاها عن حياتها على المدى الطويل، ولكن المشكلة المحددة التي تريد التركيز عليها هي تلك التي حدثت مؤخراً. (٤)

٨- سلوكيات السلامة والأمان، ويقصد بها مدى إمكانية أن تتخبط المريضة في سلوك معين مثل (التجنب) الذي يبقيها آمنة من وجهة نظرها، ولكنه يعوق معالجة مشكلاتها بشكل بناء، قالت المريضة إنها ستكون مستعدة لمواجهة المشكلة. (٥)

٩- التركيز، ويقصد به هل المريضة قادرة على التركيز على المشكلة المراد مناقشتها، لقد كانت المريضة قادرة على القيام بذلك، مع توجيه المعالج لها من حين إلى آخر أن تظل في المسار الصحيح. (٥)

١٠- تفاؤل/ تشاؤم المريضة بشأن العلاج، ويقصد به إلى أي مدى تعتقد المريضة أن العلاج سيكون قادراً على مساعدتها، لقد قالت المريضة إنها متفائلة «أعلم أنني يجب أن أخرج نفسي مما أنا فيه». (٤)

حصلت المريضة على ٣٩ درجة مما يجعلها ملائمة جداً لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ولم يحدد سافران وسيجال Safran and Segal (1990) أي نقطة فاصلة لعدم ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، فهما يشيران فقط إلى ارتباط الدرجات المرتفعة بالمآل الجيد للعلاج، بينما تشير الدرجات المنخفضة إلى سوء المآل، ويحذر ويستبروك وآخرون Westbrock et al. (2011: 90) من أن هذا المقياس «ينبغي استخدامه كدليل إرشادي، بدلاً من استخدامه كمحك صارم» في تقييم مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، وقد وافقت المريضة على إجراء عشر جلسات علاجية، ومراجعة التقدم في العلاج كل ثلاث جلسات.

يشير فرانك ويلز Frank Wills إلى أن معايير ملائمة المرضى التي تركز،

على سبيل المثال، على قدرة المرضى على اكتشاف أفكارهم الآلية، والتمييز بين مشاعرهم، وتكوين العلاقات العلاجية، غالبًا ما تشبه (معايير) الأشخاص الأصحاء نفسيًا، وربما تعطينا مبررًا للتساؤل عما إذا كنا فقط نتعامل مع «الأصحاء القلقين» أي الذين لا يحتاجون إلى التدخلات الدوائية، أو الذين يأتون فقط للحصول على الاستشارات النفسية، ولعل هذه المعايير تعطينا توقعات جيدة حول من يمكن أن يكون ملائمًا للعلاج المعرفي السلوكي، ولكنها قد لا تكون قادرة على إخبارنا بكثير حول من يمكن أن يؤدي جيدًا في العلاج المعرفي السلوكي، وقد نبدأ فقط في الشعور بذلك بعد عدة جلسات (2012: 103, 105; emphasis in original).

نقترح عادة على المرضى غير الواثقين من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وملائمته لهم، أن يخضعوا لعدة جلسات تجريبية قبل أن يتوصلوا إلى قرار بشأن قابليته للتطبيق عليهم، وعلى مشكلاتهم.

## هيكل الجلسات العلاجية

يعني هذا أن كل جلسة علاج، بعد تقييم مشكلات المريض (انظر النقطة ٢٣) ستتبع نمطاً يمكن التنبؤ به، يُشرَح هذا النمط للمريض كجزء من تواصله الاجتماعي في العلاج المعرفي السلوكي (انظر النقطة ٢٢) ويمكن للمعالج أن يقول شيئاً كهذا:

أرغب في معرفة مدى قلقك منذ الجلسة الأخيرة، وإلقاء نظرة على درجاتك على مقياس بيك للقلق، وهل هناك أي شيء قد حدث خلال الأسبوع الماضي ترغب في طرحه في هذه الجلسة؟ وسوف أكون مهتماً بأي تعليق لك حول الجلسة السابقة، ثم يمكننا وضع جدول الأعمال، بحيث تكون الجلسة مركزة على المشكلة، اتقنا!

ينبغي مناقشة البنود التي تسبق جدول الأعمال مناقشة قصيرة (لا تزيد على عشر دقائق كحد أقصى) حيث إن المحور الأساسي للجلسة هو جدول الأعمال، ويمكن للمعالج أن يشجع المريض على أن تكون ردوده مقتضبة على هذه البنود، وذلك عن طريق طرح أسئلة محددة جداً مثل «هل كان هناك أي تحسن في نمط نومك خلال الأسبوع الماضي؟» بدلاً من «كيف كنت تشعر خلال الأسبوع الماضي؟» مما قد يؤدي إلى كثير من التفاصيل غير ذات الصلة بمشكلة المريض، وإذا كانت هناك مشكلة تستدعي الكشف عن مزيد من التفاصيل من قبل المعالج أو المريض (مثلاً: يقول المريض أن العلاج لا يساعده)، عندئذٍ يمكن وضع هذه المسألة على جدول الأعمال، ولا تناقش بشكل مستقل عنه، وإذا كان المريض يعبر عن أي أفكار انتحارية، تصبح هذه الأفكار هي الأجندة الحالية.

يعد بناء الجلسات العلاجية إجراءً ماهراً ومنضبطاً لتنفيذ العلاج، ومن واقع خبرتنا فكل من المعالجين المبتدئين وذوي الخبرة، غالباً ما يهملون القيام بذلك في ظل حماسهم لفهم مشكلة المريض، أو بسبب عدم ارتياحهم لوضع قيود على الجلسة (في الحالة الأخيرة، تكون الجلسة عادة غير منتجة، إذا كانت المناقشة عامة وغير مركزة).



## وضع جدول الأعمال

جدول الأعمال هو قائمة قصيرة من البنود التي سوف تكون محل اهتمام جلسة علاجية محددة، ويرى المعالجون المعرفيون السلوكيون أن وضع جدول الأعمال هو أفضل طريقة لاستغلال وقت الجلسة العلاجية الاستغلال الأمثل (على الرغم من أن المرضى الذين كانوا يخضعون لأشكال أخرى من العلاج غير الموجه، قد يصبحون متوترين مما يرونه قيودًا على حريتهم العقلية، وقد يحتاج المعالج إلى أن يشرح بصبر وتكرار الأساس المنطقي لإعداد جدول الأعمال) ويُتفق على بنود جدول الأعمال بشكل مشترك، على الرغم من أن مراجعة المهام الخاصة بالواجبات المنزلية، ومناقشتها تعتبر عناصر ثابتة في جدول الأعمال، فإن الشكل النموذجي لجدول الأعمال يبدو كما يلي:

- مراجعة الواجبات المنزلية، وما الذي تعلمه المريض من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية؟ (انظر النقطة ٦٦).
- العمل على المشكلات ذات الأولوية التي يحددها المريض، والمعارف والسلوكيات الأساسية المتعلقة بها، ويُشجع المرضى على الإيجاز في مناقشة الصعوبات التي يواجهونها، حتى لا يتوجه العلاج نحو سرد تفاصيل قصص طويلة.
- الاتفاق على الواجبات المنزلية الجديدة، ما المهام ذات الصلة بالهدف الذي يرغب المريض في تحقيقه في الأسبوع القادم؟ (انظر النقطة ٦٥).
- تلخيص ما دار في الجلسة، ويتم ذلك في البداية عن طريق المعالج، ثم يتم تدريجيًا نقل هذا الدور إلى المريض مع اكتسابه الثقة والكفاءة اللازمة لذلك، كجزء من دور المريض كمعالج لذاته.
- تقديم عائد، ويدور حول ما الذي وجده المريض مفيدًا، وغير مفيد في جلسة اليوم؟ ويجب أن يتم تقبل رد المريض عن هذا السؤال الأخير بطريقة غير دفاعية من قبل المعالج.



يمكن أن تستغرق العناصر الثلاثة الأخيرة من ١٠ إلى ١٥ دقيقة لإكمالها، لذا من المهم أن يراقب المعالج الوقت لمنع حدوث تجاوز للوقت المحدد للجلسة، أو ضغط هذه العناصر في الدقائق القليلة المتبقية من وقت الجلسة.



## وضع قائمة المشكلات

عادة ما يحضر المريض إلى العلاج بأكثر من مشكلة واحدة، ويمكن إنهاء القائمة عند إحراز تقدم في كل المشكلات، وتُعد قائمة بالمشكلات التي يعانيها المريض في بداية التقييم، ولكنها لا تظل ثابتة طول الجلسات العلاج؛ حيث يمكن إضافة أو حذف مشكلات من القائمة، وتُحدّد الأولوية للمشكلات وفقاً للتقدم المتوقع إحرازه خلال عدد محدد من جلسات العلاج (على سبيل المثال: ثماني جلسات). بالإضافة إلى ذلك تُصاغ المشكلات وحلولها بطريقة واضحة وملموسة تسمح بقياس التقدم الذي أُحرز بصورة منتظمة، وكذلك التدخلات المستخدمة في علاج هذه المشكلات، وإذا أمكن أيضاً الأدلة العلمية التي تدعم فاعلية هذه التدخلات (Wills, 2012).

يحضر المريض في بعض الأحيان إلى العلاج بعدد كبير من المشكلات، التي يمكن أن تُشعر كلا من المريض والمعالج بالإجهاد، وقد رأيت ذات مرة إحدى المريضات التي كانت تقرأ مشكلاتها من مفكرة أعدتها لذلك الغرض، حيث كان العدد النهائي لمشكلاتها ٥٣ مشكلة، ومع ذلك سرعان ما أصبح واضحاً بينما كنت أستمع إليها أن قلقها في تلك المواقف كان مرتبطاً بخوفها من التعرض لعدم الاستحسان من الأشخاص ذوي الأهمية في حياتها، ولا سيما أولئك الذين تراهم فائقين فكرياً واجتماعياً مقارنة بها، ومن شأن ذلك أن ينشط معتقداتها الأساسي حول نفسها بأنها ضعيفة أو دون المستوى، بسبب انخفاض مستوى تعليمها، وتربيتها بين أبناء الطبقة العاملة (واقفت المريضة على فرضيتي)، ومن المهم أن يتمكن المعالج من تحديد المعتقدات والسلوكيات التي تربط بين تلك المشكلات التي تبدو متباينة، وذلك من أجل وضع صياغة بسيطة للحالة، بدلاً من الإسهاب في الصياغة، مما يساعد كلاً من المريض والمعالج على رؤية العوامل المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى استمرارية مشكلات المريض المختلفة بوضوح (انظر النقطة ٣٠) وكما يلاحظ فينيل Fennell: تفرض قائمة المشكلات النظام على

الفوضى، حيث تُلخَّص مجموعة من الخبرات، والتجارب المؤلمة في عدد من الصعوبات المحددة نسبياً، وتُعدُّ عملية الحد من المشكلات هذه عاملاً حاسماً في بث الأمل في نفوس المرضى، لأنها تدل على إمكانية التحكم والسيطرة (1989: 179).



## الاتفاق على الأهداف

نحن نقول «الاتفاق على الأهداف» لأن المعالج لا يقوم بتحديد أهداف المريض بمفرده بطريقة آلية، وقد تختار المريضة هدفًا لا يخضع لسيطرتها (على سبيل المثال «أريد أن يعود زوجي إلي») أو أهداف تأتي بنتائج عكسية (على سبيل المثال: «أريد أن لا أشعر بشيء عندما ينتقدني الناس أو يؤذونني») أو أهداف غير واقعية (على سبيل المثال: «لا أريد أن أتعرض أبدًا لنوبة هلع») وينصح ويلز Wells بأن يكون لكل مشكلة مُدونة في قائمة المشكلات هدفًا محددًا.

بمجرد تحديد المشكلات ذات الأولوية، ينبغي إعادة صياغتها كأهداف، وتوفر قائمة المشكلات تفاصيل حول «ما الخطأ؟ أي تحديد المشكلة» ويجب تغيير ذلك إلى هدف أو عبارة «ماذا يريد المريض أن يحدث؟ أي الهدف» كما يجب تفعيل الأهداف (جعلها مفيدة علاجياً) بطريقة ملموسة (1997: 51; italics in original).

يميل المرضى إلى صياغة أهدافهم بطريقة غامضة (على سبيل المثال: «أريد أن أشعر أنني أقل انفصلاً عن ذاتي» أو بمصطلحات عامة (على سبيل المثال: «أريد أن أكون سعيدًا في الحياة») وسوف يحتاج المعالج إلى سؤال كل مريض عن التغييرات المحددة التي يجب أن تحدث حتى تفعل تلك الأهداف (على سبيل المثال، وعلى التوالي «أريد أن أكون أكثر تأكيدًا لذاتي عند الحديث عن نفسي» و«أريد أن أكون في علاقة») والخطوة الثانية هي تحديد كيف يمكن تقييم أو قياس التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف المحددة (على سبيل المثال: وعلى التوالي، الاحتفاظ بمذكرات تسجل فيها تأكيدها لذاتها في المنزل، والانضمام إلى مجموعة يسهل من خلالها التفاعل وتكوين علاقات هادفة، وهناك بعض المرضى الذين يقفون عند حدود الانضمام فقط دون التفاعل) وعلى نهج مجال إدارة الأعمال، يمكن للمرضى المشاركة في وضع أهداف ذكية أي:

**محددة:** «أريد أن أتمكن من الانتقال من منزلي إلى الشارع الرئيس

بمفردي».

**قابلة للقياس:** «حاليًا هي بيتوتية، ولا يمكنها مغادرة المنزل إلا بصحبة أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء، ويمكن تقييم التقدم من المنزل إلى الشارع الرئيس على مراحل».

**قابلة للتحقيق:** «تعتقد المريضة أنها تمتلك القدرة والعزم على تنفيذ خطة العمل الموجهة نحو الأهداف».

**واقعية:** «تقول المريضة إن هدفها واقعي، وليس ضربًا من الخيال، أو حلمًا بعيد المنال».

**محدد زمنيًا:** « يبدو هذا الهدف قابلاً للتحقق خلال المدة الزمنية التي حددتها المريضة للعلاج».

يفترض دوبسون ودوبسون (2009) Dobson & Dobson أن نموذج الأهداف الذكية السابق عرضه، يناسب أكثر الأهداف السلوكية، على الرغم من أن أي هدف يمكن أن يخضع لمعايير نموذج الأهداف الذكية، ويجب صياغة الأهداف باستخدام مصطلحات إيجابية (على سبيل المثال) «أريد أن أشعر في النهاية أنني أكثر هدوءًا وثقة عند تقديم عرض أمام مجموعة» بدلاً من المصطلحات السلبية (على سبيل المثال «لا أريد أن أشعر بالقلق والحرج عند التحدث أمام مجموعة من الناس» لأن ذلك «يوضح ما يريد المريض أن يتحرك نحوه أكثر مما يريد الهروب منه» (Kirk, 1989: 41; emphasis in original). إضافة إلى ذلك، فإن تحديد الأهداف «بدعم الفكرة القائلة بأن المريض عضو نشط في العلاقة العلاجية، وأن المشاركة الكاملة مطلوبة: المريض لن يكون مفعولاً به» (Kirk, 1989: 41)، وتكون الأهداف مرنة وغير ثابتة، ويمكن تغييرها في ضوء المعلومات الواردة (على سبيل المثال: من الواجبات المنزلية) إن الهدف المبدئي للمريضة كان طموحًا جدًا، ونظرًا إلى طبيعة مشكلاتها الطويلة المدى، أو أنها تريد الاستفادة من التقدم السريع وغير المتوقع الذي حققته في العلاج، تريد الآن تحديد هدف أكثر تحديدًا.

## تعليم النموذج المعرفي

ينبغي أن يقوم المعالج خلال الجلسة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي، بتوجيه انتباه المرضى إلى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، بمعنى آخر، لتعليم النموذج المعرفي، يمكن أن يحدد الحس الإكلينيكي للمعالج التوقيت المناسب أو أفضل لحظة لتقديم النموذج المعرفي للمرضى، وعلى سبيل المثال، قد يحضر المريض في موعد الجلسة وهو في حالة من القلق، وقد يكون مثمرًا بالنسبة إلى المعالج من وقت لآخر أن يستثير قلق المريض، الذي ينشط تفكيره السلبي «ما الأفكار التي تتور في ذهنك الآن، والتي تجعلك تشعر بالقلق بشأن المجيء إلى هنا؟» وقد يجيب المريض: «أنا قلق من أنك لن تكون قادرًا على مساعدتي، وأني لن أحسن أبدًا» ويمكن أن يسأل المعالج المريض عن أي أفكار من شأنها أن تقلل من شعوره بالقلق «أنا أفترض أنني إذا اعتقدت أنك تستطيع مساعدتي، وظل عندي أمل بعد كل ما حدث، فإن هذا من شأنه أن يقلل شعوري بالقلق».

قد يصمت المريض خلال الجلسة، أو يبكي، أو يرد بطريقة غاضبة عن سؤال ما، أو يحدق في الأرض، وقد تصبح مثل هذه اللحظات فرصًا لتعليم النموذج المعرفي، من خلال استكشاف تفكير المريض باستخدام السؤال التالي: «ما الذي يدور في ذهنك الآن ويجعلك تبكي؟» وكتابة العلاقة بين الأفكار والمشاعر (على السبورة أو على الورق) وذلك قد يساعد المريض بطريقتين: التراجع خطوة إلى الخلف عن أفكاره ومشاعره المقلقة من أجل فحصها بموضوعية أكثر، وجعل النموذج المعرفي أكثر واقعية وفهمًا وقوة، ويقصد بالأمثلة المذكورة أعلاه تعليم النموذج من خلال استخدام الأسئلة، مما يجعل المريض قادرًا على الربط بين الأفكار والمشاعر بنفسه، بدلاً من أن يخبره المعالج بذلك.

ومع ذلك، يمكن للمعالج أن يتخذ موقفًا تعليميًا في تعليم النموذج، وربما تكون نقطة البداية هي تعليم المريض أنه يشعر بالطريقة التي يفكر بها (Burns, 1999) «دعني أشرح ما أعنيه بهذه العبارة من خلال إعطائك مثالاً: رجلان مهتمان جدًا بالمرأة نفسها، كل منهما يدعوها إلى الخروج، ولكنها ترفض دعوة كليهما، والآن

كلاهما في نفس الموقف (الرفض)، ولكن أحدهما فقط أصبح مكتئبًا لأنه يقول لنفسه إنه غير جذاب، ولن ترغب أي امرأة فيه، في حين أن الرجل الآخر يشعر بخيبة الأمل، لأنه يرى نفسه سيئ الحظ لعدم الخروج معها، ولكنه يرى أن رفضها له ليس أمرًا عسبياً. ليس الموقف هو الذي يجعل كل رجل منهما يشعر بما يشعر به، ولكن تفسير كل منهما للموقف الذي وجد نفسه فيه، وهذا هو جوهر النموذج: أنت تشعر بالطريقة التي تفكر بها، ويمكن للمعالج أن يشرح للمريض بعد ذلك كيف يمكن استخدام النموذج المعرفي لفهم ردود أفعاله الانفعالية تجاه أحداث الحياة، (وعلى سبيل المثال: يقول المريض إنه يكون قلقًا في المواقف الاجتماعية، لأنه يخشى أن يجده الناس مملاً فيتجنبوه) وكما يشير بلاكيرن ودافيدسون: Blackburn & Davidson

سوف يشير المعالج إلى كيفية تطابق التفسير مع المشاعر، ولكنه ليس بالضرورة التفسير الوحيد الممكن، ومن شأن هذه الأمثلة المستمدة من خبرات المريض الحياتية أن تقود المعالج لاستكشاف كيف أن العلاج المعرفي ذو صلة وثيقة بالفرد، ويمكن أن يساعده في التغلب على مزاجه العسر (56 : 1995).

من المهم أن يتذكر المعالج أن المريض قد يفهم النموذج، ولكنه لا يتفق معه (والخطأ هو افتراض أن الفهم يعني الاتفاق) لذلك، يجب الانتباه والكشف عن أي اعتراضات أو تحفظات على النموذج ومعالجتها (على سبيل المثال «ليس للنموذج معنى إذا كنت في معسكر اعتقال، أو كنت سوف تموت بداء عضال، أليس كذلك؟» (انظر النقطة ١ على سبيل المثال) ولا يحتاج المريض إلى القناعة الكاملة بالنموذج للاستفادة من العلاج: حيث يمكنه تحقيق بعض التقدم على الرغم من بعض الشكوك حول تطبيق النموذج على كل موقف في حياته، إن تعليم النموذج المعرفي لا يتم «مرة واحدة» بل يتم بشكل متكرر طوال فترة العلاج، حيث يتحمل المريض مسؤولية متزايدة عن الربط بين أفكاره ومشاعره، ويوضح لنفسه دائماً أنه بتغيير تفكيره المزعج سوف يتمكن من تغيير مزاجه غير السار، وبالنسبة إلى كثير من المرضى فإن تحملهم مسؤولية ردود أفعالهم الانفعالية تجاه الأحداث، هي رسالة تحريرية أكثر من كونها رسالة غير مرحب بها، وذلك لأنها توضح لهم أنهم ليسوا مضطرين للاعتماد على تغيير الآخرين أو تغيير الموقف أولاً قبل أن يشعروا بالتحسن، ولو كان الوضع كذلك، لكان التغيير الشخصي أمراً يصعب كثيراً تحقيقه.



## صياغة الحالة

ويقصد بها فهم مشكلات المريض ضمن النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية (أي: إلى أي مدى يتوافق النموذج مع تطور مشكلات المريض واستمراريتها؟).

يشير ويستبروك وآخرون (Westbrook et al. (2011 إلى أن صياغة الحالة تتكون من ثلاثة عناصر:

- ١- وصف المشكلة (المشكلات) الحالية.
  - ٢- تحديد «لماذا وكيف تطورت هذه المشكلات؟».
  - ٣- تحليل العمليات الأساسية المفترضة التي تقف خلف استمرار المشكلة.
- يمكن ربط هذه العناصر الثلاثة في المثال التالي: تعاني مريضة الاكتئاب نتيجة انتهاء علاقة، (على سبيل المثال: لماذا تركني من أجلها؟ حياتي لا معنى لها من دونه، وماذا يمكنني أن أفعل لكي أبعد عنها؟ لا أستطيع من دونه مواجهة أحد) قد يشار إلى المعتقدات الوسيطة في تلك الحالة (على سبيل المثال «ما لم أكن في علاقة، فحياتي لا معنى لها») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال «لا قيمة لي وأنا بمفردي») على أنها عوامل القابلية للمرض طويلة الأمد، التي تتشبط بفعل الضغوط الحالية في حياة المريض (انظر الملحق ١ للاطلاع على مثال لصياغة الحالة).

قدم باتلر وآخرون (Butler et al. (2008 ثلاثة مبادئ أساسية كإرشادات لصياغة الحالة وهي:

- ١- ينبغي أن تستند صياغة الحالة إلى محاولة ترجمة النظرية إلى ممارسة (انظر الجملة الأولى في أعلى الصفحة).
- ٢- ينبغي أن تكون الصياغة افتراضية، بمعنى أن كلاً من المعالج والمريض قادران على تأكيد أو تعديل أو حذف البيانات المستخدمة في الصياغة.
- ٣- ينبغي أن تكون صياغة الحالة مختصرة (موجزة وواضحة) وكلما كانت



الصياغة معقدة وشديدة الإسهاب، كان من الصعب تذكرها، واستخدامها بالنسبة إلى المعالج والمريض.

إن صياغة الحالة تخدم في الأساس خطة العلاج، وقد ترغب المريضة في تعلم كيف تصبح سعيدة، ومستقلة نسبيًا، من خلال العيش بمفردها، من أجل إعطاء معنى لحياتها في ظل انتهاء علاقتها بشخص ما، وتتعلم أنها ستظل إنسانًا بصرف النظر عن كونها في علاقة أم لا، وسوف تُوجَّه الواجبات المنزلية نحو تحقيق هذه الأهداف. ودون صياغة الحالة، فمن المرجح أن تُستخدم التكنيكات والتدخلات العلاجية بطريقة غير منهجية (بالمصادفة)، لأن المعالج قد شرع في العلاج بناء على فهم سطحي لمشكلات المريضة، وعلى سبيل المثال «إنها في حاجة إلى برنامج لتفعيل السلوك يتضمن حضور بعض اللقاءات لتصبح أكثر اجتماعية لتحسين مزاجها».

توضّع صياغة حالة مبدئية في الجلسة الأولى، وتُفحَّح/تُعَدَّل باستمرار في ضوء المعلومات الجديدة حتى انتهاء العلاج، ويشير ويلز وساندرس Wills & Sanders (1997) إلى أن صياغة الحالة الجيدة تساعد المريض في الإجابة عن بعض الأسئلة مثل «لماذا أنا؟» و«لماذا الآن؟» و«لماذا لا تنتهي المشكلة؟» و«كيف يمكنني أن أتحسن؟» ويشارك المعالج صياغة الحالة مع المريضة لتحديد مدى دقتها، ولمساعدة المريضة في فهم نفسها ومشكلاتها بصورة أفضل (Beck, 2011).

كما قلنا في النقطة ٢٣، يعتمد تحويل المشكلات إلى اضطرابات على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وفي حين أن «التشخيصات مهمة للبدء في بناء صياغة الحالة وخطة العلاج، فهي بمفردها غير كافية لتحقيق هذا الغرض» (Taylor, 2006: 99). والسبب في عدم كفاية ذلك هو أنه ينبغي فهم رؤية المريض الخاصة لهذا الاضطراب، وعلى سبيل المثال، يُشخص اثنان من الأفراد على أنهما يعانيان اضطراب القلق الاجتماعي، ومن ثمَّ يبدو أنهما يواجهان مشكلات مماثلة، ومع ذلك فإن صياغة حالة كل منهما تكشف عن أن المريض الأول لديه مهارات اجتماعية ضعيفة (على سبيل المثال: السلبية، وصعوبة بدء المحادثات واستمرارها) في حين أن الثاني لديه مهارات اجتماعية جيدة، ولكنها غير مفعلة (متدهورة) بسبب القلق في بعض المواقف، وعلى الرغم من أن العلاج سوف يكون متشابهًا لكل منهما في معظم الجوانب، فإن المريض الأول سوف يتلقى تدريبًا على المهارات الاجتماعية، في حين أن الآخر ليس بحاجة ضرورية إلى ذلك.

تتمثل إحدى الإضافات الحديثة إلى صياغة الحالة في الاستماع إلى نقاط قوة المرضى (لموازنة نقاط الضعف المتصورة) التي يمكن استخدامها في علاج الصعوبات الحالية: «الغرض الأساسي من صياغة الحالة هو بناء قدرة المريض على التكيف والصمود» (Kuyken et al., 2009: 55). يقترح بعض المؤلفين أن صياغة الحالة بالنسبة إلى بعض المرضى قد لا تكون ضاغطة أو منهكة لهم، إذا ركز على ما هو صحيح بقدر التركيز على ما هو خطأ، وفي بعض الأحيان، يكون تماسك المريض هو الإطار الذي من خلاله تفهم مشكلات المريض وتعالج (Neenan, 2009) وعلى سبيل المثال «أريد أن أتعلم أن أكون أكثر تماسكاً عند مواجهة الانتكاسات والمضايقات في حياتي بدلاً من المبالغة في ردود أفعالي تجاهها».

على الرغم من أنه من المفترض أن تكون صياغة الحالة مباشرة، ومفهومة، فإن بعض المرضى قد يجدون صعوبة في فهمها، أو قد يرغبون في الحصول على طريقة مختصرة ودقيقة لتحديد مشكلاتهم، وفي هذه الحالات يمكن للمعالج والمريض أن يقوموا بصياغة الحالة في كبسولة: أي تلخيص المشكلة والحل المقترح لها في جملة واحدة لا تتسى، على سبيل المثال:

- **قطع خيوط العنكبوت:** ويقصد بها أن يقوم المريض بفحص معتقداته القديمة التي تمسك بها طويلاً، والتي ثبت عدم فاعليتها، لأنها لا تعكس فعلياً التغيرات التي مرت به في حياته، فالناس في الوقت الحالي لا يعاقبونه على اختلافه معهم مثلما كان يفعل والداه في الماضي، وهو يركز الآن على تطوير معتقدات تكيفية جديدة تأخذ هذه التغيرات بعين الاعتبار.
- **عبور روبيكون\*:** ويقصد بها أنه في هذه المرة لا تنازل ولا عودة، وسوف يظل المريض مثابراً حتى يتحقق هدفه في ترك علاقة سلبية.
- **إيقاظ الكلاب النائمة:** ويقصد بها نهاية عهد «عدم توكيد الذات»، وأن يبدأ المريض في الدفاع عن نفسه، وعن مصالحه، عندما يعتقد أنه يُعامل بصورة غير عادلة من قبل بعض الأصدقاء وزملاء العمل.

\* روبيكون: هو أحد أنهار إيطاليا، ويبلغ طوله ٢٩ كم، وينبع من جبال الأبينيني، ويصب في البحر الأدرياتيكي، ويعود الفضل في شهرته إلى يوليوس قيصر، وكان روبيكون جزءاً من الحدود بين إيطاليا الرومانية، والغال الجنوبية (فرنسا وبلجيكا حالياً)، وكان محظوراً على يوليوس قيصر عبور الحدود بجنوده، وكان قيصر يقود قواته في بلاد الغال، عندما أصدر مجلس الشيوخ الروماني أوامره له بالتسريح عن قيادة الجيش وتسريحه، فرفض قيصر ذلك، وعبر نهر روبيكون لبدأ حرب أهلية في إيطاليا، انتهت بانتصار يوليوس قيصر، وقد أصبح مصطلح «عبور نهر روبيكون» تعبيراً سياسياً ذائع الصيت، يستخدم للإشارة إلى الوصول إلى نقطة اللاعودة.

- **فك السحر:** ويقصد بها أن تواجه المريضة أخيراً الحقيقة المؤلمة التي مفادها أن فتى أحلامها لن يترك زوجته من أجل إقامة علاقة مثالية معها، والملخص المؤسف أنها تهدر حياتها في انتظاره بلا مقابل، وأنه قد حان الوقت للمضي قدماً في الحياة.



## وضع خطة العلاج

تستمد خطة العلاج من صياغة حالة المريض، وتقدم نظرة شاملة عن كيفية تحرر المريض من قبضة الاضطراب، وتحقيق أهداف العلاج، وتتكون خطة العلاج من سلسلة من التدخلات التي من شأنها تعديل العوامل المسببة لاستمرارية اضطراب المريض (إذا اعترض أحد المرضى على مصطلح «خطة العلاج» لأنه يبدو طبيياً جداً، فيمكن للمعالج أن يستبدله بمصطلح «خطة العمل») وعادة ما يكون العلاج في صورة كتيبات قائمة على الأدلة العلمية المستمدة من الأبحاث المتعلقة بالاضطراب الذي يعانيه المريض (مثل كتيب الأدلة العلمية حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة، الذي يوفر هيكلًا لكل جلسة علاجية، ويرشد المعالج إلى الإجراءات والتقنيات التي يجب أن يستخدمها) ونصح عند استخدام هذه الكتيبات بالأمانة والمرونة، وبمعنى آخر، فإن هذه التدخلات قد ثبتت فعاليتها من خلال التجارب الإكلينيكية، لذلك يجب الالتزام بها، ولكن ليس بصورة جامدة، فعلى المعالج أن يطوع خطة العلاج بطريقة تلائم اهتمامات ومتطلبات المرضى، كما يتضح ذلك من خلال صياغة الحالة الخاصة بهم.

قبل أن ننظر إلى خطة علاج لاضطراب الهلع، ينبغي الإجابة عن السؤال: ما النموذج المعرفي للهلع؟ يتعرض الأفراد لنوبات الهلع لأنهم يميلون إلى تفسير مجموعة من الأعراض الجسدية (على سبيل المثال: تسارع ضربات القلب، وضيق التنفس، والشعور بعدم الواقعية) بطريقة كارثية، وينطوي سوء الفهم الكارثي هذا على إدراك هذه الأعراض على أنها دليل على كارثة جسدية أو عقلية وشيكة الحدوث (يؤدي تسارع ضربات القلب إلى أزمة قلبية، ويؤدي ضيق التنفس إلى الاختناق، والشعور بعدم الواقعية إلى الجنون) (Clark, 1989: 57; emphasis in original).

لقد تم التحقق من صدق هذا البرنامج العلاجي المستمد من النموذج المعرفي (Clark, 1996) الذي يهدف إلى مساعدة المرضى على تغيير تفسيراتهم للأعراض الجسدية من الكارثية إلى الجيدة، وتعديل العمليات التي تؤدي إلى استمرار هذه التفسيرات الكارثية، وتشمل التدخلات المعرفية تعليم المرضى النموذج المعرفي

للهلع، وفحص الأدلة التي تدعم تفسيراتهم الكارثية (على سبيل المثال: «كان قلبي يدق بصوت مرتفع جدًا، لا يمكن إيقاف هذا التوتر، لم أكن أستطيع التقاط أنفاسي، كان صدري منقبضًا جدًا» وقد فُحصت الأدلة للحصول على تفسيرات بديلة جيدة لأعراضهم الجسدية (على سبيل المثال: «عندما تشعر بالقلق، تتسارع ضربات قلبك، وقد صُمم قلبك للتعامل مع قدر كبير من الإجهاد والتوتر دون الإضرار به» و«يحدث ضيق التنفس بسبب الإفراط في التنفس، وهذا لا يعني أنك مصاب بالاختناق، ودائمًا ما تحصل على الهواء في أثناء عملية التنفس بصرف النظر عن مدى شعورك بالسوء»).

تشمل التدخلات السلوكية استثارة المعالج المتعمدة لنوبات الهلع (يتضمن ذلك استثارة الأعراض الجسدية التي يخشاها المريض، ويتم ذلك عن طريق، على سبيل المثال: الركض لعدة دقائق، أو الإفراط في التنفس بشكل متعمد) لتعليم المرضى أن شعورهم غير السار بالهلع ليس خطيرًا، وفي وقت لاحق من العلاج، يزور المرضى الأماكن التي يتجنبونها بمفردهم، ويستثيرون الأعراض الجسدية غير المرغوب فيها في تلك المواقف المرعبة، على سبيل المثال، صعود المريض لدرجات السلم بسرعة في أحد المتاجر لكي تتسارع ضربات قلبه، ليثبت لنفسه أنه لن يصاب بنوبة قلبية.

هل ينتج عن تطبيق هذا البرنامج العلاجي نتائج ناجحة بالنسبة إلى المرضى؟ يشير كلارك Clark إلى أن «التجارب العلمية المنضبطة أظهرت أن هذا النوع المخصص من العلاج المعرفي، هو علاج فعال جدًا في علاج اضطرابات الهلع» (1996: 339)، وبمعنى آخر، أن غالبية المرضى عند نهاية العلاج، وخلال مرحلة المتابعة قد تحرروا من نوبات الهلع، وللعثور على خطط علاج للاكتئاب واضطرابات القلق..انظر: (Leahy et al., 2012).

طرق اكتشاف الأفكار الآليّة السلبية



## اكتشاف الأفكار الآلية

كما ناقشنا في النقطة ٣، إن الأفكار الآلية السلبية هي أفكار محددة بموقف معين، وتقع عادة على حدود الوعي، ويمكن لبعض المرضى الكشف عن أفكارهم الآلية دون طلب المعالج، بينما يكون بعض المرضى الآخرين غير مدركين لها تمامًا، لأنهم يرونها جزءًا من نظرتهم إلى أنفسهم وإلى العالم، وأنها لا تبدو مشوهة أو معضلة (Persons, 1989: 116) وغالبًا ما يكون المرضى أكثر وعيًا بما يشعرون به (على سبيل المثال «كنت أشعر بسعادة غامرة طوال الصباح») عن الأفكار المرتبطة بالمشاعر (على سبيل المثال «لا يمكنني وضع يدي على السبب الذي جعلني أشعر بذلك») والأفكار الآلية السلبية هي النوع الأول من الأفكار التي يتعلم المريض فحصها، لأنها الأسهل من حيث اكتشافها وتعديلها، وهذا لا يعني أن المرضى سوف يكشفون فقط عن الأفكار الآلية السلبية في الموقف المزعج، ولكن من المرجح أن يُكشَف عن القواعد/ الافتراضات (المعتقدات الوسيطة)، والمعتقدات الأساسية أيضًا، ويحتاج المعالج إلى فرز هذه البيانات المعرفية من أجل تصنيفها.

يمكن للمعالج أن يقوم بمساعدة المريض على رؤية الأفكار الآلية السلبية على أنها أمر طبيعي، يمكن أن يختبره أي شخص، وأن هذه الأفكار تطفو على السطح حينما يمر الفرد بخبرة سلبية.

غالبًا ما تُرْفَض هذه الأفكار أو تُحَيَّد أو تُتجاهَل، ومع ذلك فإن صعوبة الأفكار الآلية السلبية تظهر بوضوح عندما ترتبط بالضغوط الانفعالية طويلة الأمد، حيث يصعب إيقافها، ولا تخضع للمنطق، ولا للاختبار التجريبي، وتبدو معقولة بالنسبة إلى الشخص، وتعكس محتوى معتقداته الأساسية النشطة (على سبيل المثال «أنا فاشل»).

بينما نؤكد اكتشاف الأفكار الآلية السلبية، يمكن أن يختبر المرضى أيضًا الأفكار الآلية الإيجابية عديمة الجدوى أو التي يترتب عليها نتائج سلبية، وتتضمن بعض الأمثلة على ذلك: يقرر الشخص الذي لديه تاريخ سابق لتعاطي الكحول البدء في التعاطي مرة أخرى (على سبيل المثال: «لن يؤذيني كوبان من الخمر، سوف

أشعر بشعور رائع، أنا أستحق العلاج، نعم، اذهب إليه»، وتستطيع المريضة المصابة بالشره العصبي أن تقنع نفسها بأنها تستطيع أن تأكل ما تريد «لن يزيد وزني، لأنني سوف أتقياً فيما بعد» (Cooper et al., 2000). وهذه الأنواع من الأفكار الآلية الإيجابية تحتاج أيضاً إلى الكشف عنها، وفحصها، وتعديلها.

في هذه النقطة، والنقاط التالية (٣٣، ٤٨) سوف نرى بعض الطرق الأساسية التي تستخدم في الكشف عن الأفكار الآلية السلبية، ويعد طرح الأسئلة الموجهة أكثر طريقة مباشرة للكشف عن الأفكار الآلية السلبية، وعلى سبيل المثال: «هل تعرف ماذا كان يدور بخاطرك في اللحظة التي كنت فيها عصبياً جداً، عندما طلب منك رئيسك في العمل تولي مسؤولية مشروع مهم؟» يمكن لهذا النهج أن يحدد بسرعة إذا كان لدى المريض في الوقت الحالي القدرة على الكشف عن هذه الأفكار، ويمكن أن يستخدم المريض الاستبطان بمساعدة المعالج، وذلك من خلال أسئلة المعالج المحددة والواضحة (على النحو الوارد أعلاه) بدلاً من الأسئلة المبهمة والمتشعبة (على سبيل المثال: «في هذا الموقف عندما كنت عصبياً، وأنت تعلم الوضع بينك وبين رئيسك، بماذا كنت تفكر عندما طلب منك رئيسك في العمل أن تتولى مسؤولية المشروع الذي دفعك إلى أن تكون عصبياً جداً»).

يمكن أن تستخدم الأسئلة الاستفزازية للكشف عن بعض الأفكار الآلية السلبية، وذلك عندما يرد المريض على الأسئلة المبدئية بـ «لا أعرف»، وعلى سبيل المثال، عندما يقول أحد المرضى أنه لا يعرف ماذا يدور في ذهنه ويجعله قلقاً جداً عندما يجد نفسه مركز اهتمام الآخرين! فيسأله المعالج: «ما الأفكار التي مرت في عقلك في تلك اللحظة عندما كانت كل العيون عليك؟ هل كانت تراقبك أو تحكم عليك؟ أجاب المريض الذي بدا الآن قلقاً: «سوف يرونني بديناً وقزيراً وغير منضبط، وسوف يحتقرونني» لقد كان السؤال الاستفزازي الذي طرحه المعالج على المريض، مبنياً على فرضية وُضعت من خلال المعلومات التي جمعت في أثناء تقييم مشكلات المريض.

بالنسبة إلى المريض غير الواعي تماماً بالأفكار الآلية السلبية الخاصة به لأنها جزء طبيعي من نظرتة إلى العالم (Persons, 1989) يمكن للأسئلة الكشف عن تلك الأفكار إذا تخيل المريض نفسه أنه لا يتصرف وفقاً لوجهة نظره حول العالم، وعلى سبيل المثال، يقول أحد المرضى، أنه يضع نفسه في مؤخرة أي طابور انتظار في الحياة «هذه هي طريقتي في الحياة» فيسأله المعالج: «تخيل أنك وضعت نفسك في مقدمة الطابور من أجل التغيير، ما الأفكار التي سوف تدور في ذهنك إذا



فعلت ذلك؟» ويكشف رد المريض عن أفكاره الآلية السلبية «سأكون أناً إنياً إن فعلت ذلك، وذلك يعني أن احتياجاتي أكثر أهمية من احتياجات الآخرين الموجودين في الطابور، وأنتي أعطى لنفسى قدرًا ومكانة لا أستحقهما، ولا أستحق أن أضع نفسي في أول الطابور».



## الاستكشاف الموجه<sup>(1)</sup>

الاستكشاف الموجه هي عملية يقوم المعالج من خلالها بدور المرشد لمساعدة المرضى في: الكشف عن أفكارهم ومعتقداتهم غير التكيّفية، وفحصها، واختبارها في الواقع، وتطوير استجابات تكيّفية ومتوازنة تجاه هذه المعارف، واتخاذ قرارات أفضل لحل المشكلات، وتستخدم طريقة الاستكشاف الموجه الأسئلة السقراطية المستمدة من الفيلسوف اليوناني سقراط (٤٦٩ - ٣٩٩ قبل الميلاد):

كان سقراط يعتقد أنه يمكن أن يقود محاوريه (الذين يشاركون معه في النقاش) إلى الحقيقة من خلال أسئلته، وذلك لأنه كان يعتقد أن الحقيقة موجودة أصلاً فينا، وإن كان ذلك غير معروف لنا، لذلك عندما نتعلم الحقيقة فنحن لا نتعلمها حقاً، نحن فقط نتذكر ما كنا نعرفه من قبل ونسنياه (Kolakowski, 2008: 4-5).

استناداً إلى المعلومات التي كُشِف عنها من خلال الأسئلة السقراطية، فإن المرضى غالباً ما يقولون شيئاً مثل: «أنا أعرف ذلك بالفعل، ولكن يبدو أنني فقدته في مكان ما» وتُلقى الأسئلة السقراطية من قبل المعالج بدافع الفضول الحقيقي لمعرفة وجهة نظر المريض، وليس الفضول المصطنع الذي يفترض أنه سوف يسمع كل الإجابات المتوقعة، ويشير بيك وآخرون Beck et al. إلى أنه «يجب أن تصاغ الأسئلة بطريقة تنبه الفكر وتزيد الوعي، بدلاً من أن تتطلب إجابة صحيحة» (103 : 1993) وعلى سبيل المثال: على التوالي «هل تعرف لماذا تنظر إلى النقد نظرة سيئة جداً؟» مقابل «النقد يجعلك تشعر بأنك أقل شأنًا، أليس كذلك؟» أيضاً يمكن الاستكشاف الموجه المريض من خلال الأسئلة السقراطية من تقديم إجاباته الخاصة بدلاً من الاعتماد على التفسيرات التي يمكن أن يقدمها المعالج، والتي يمكن أن تضع المريض في وضع «التسوية أو المساومة، أي من الأسهل أن نتفق على أن نختلف، أو أن يبدو المريض أنه غير كفاء أو صعب المراس» (Blackburn and Twaddle, 1996: 8-9). وإذا كان المريض يعتقد أنه في

(1) Guided discovery.

موقف مساومة، فقد يتردد في الكشف عن أفكار إضافية قد تكون أكثر صلة بفهم مشكلاته.

لأن طرح الأسئلة السقراطية يتطلب من المرضى التفكير في إجاباتهم، فيجب على المعالج أن يكون حذرًا من إجابة المريض بسرعة شديدة، حيث يبدو عاجزًا أو يعاني من أجل الإجابة عن الأسئلة، التي يراها أنها تدخل سابق لأوانه «يقاطع عمليات التفكير الخاصة بالمريض، ويخل بالعرض من السؤال السقراطي» (DiGiuseppe, 1991a: 184) ومن خلال خبراتنا، فإن الاستجابة السريعة جدًا غالبًا ما ترجع إلى انزعاج المعالج من الصمت الطويل، أو نفاذ صبره تجاه بطء المريض، ورغبته في أن يسير العلاج بخطى أسرع، مما يعني عدم كفاءة المعالج. سوف نقدم في المثال التالي، كيف يستخدم الاستكشاف الموجه من أجل الكشف عن الأفكار الآلية السلبية الخاصة بالمريض:

المريض: كنت جالسًا في المنزل في الليلة الماضية، وبينما كنت أنظر من النافذة إلى المطر، بدأت أشعر أنني مكتئب، ولا أدري ما الذي جعلني أشعر بذلك!

المعالج: هل يمكننا أن نرى إذا ما كنا قادرين على اكتشاف السبب؟ [أومًا المريض بالموافقة] هل تتذكر فيما كنت تفكر عندما كنت تنظر إلى المطر؟

المريض: فقط أنها كانت ليلة مروعة للخروج من المنزل.

المعالج: وهل كنت سعيدًا إذا بقضاء تلك الليلة في المنزل؟

المريض: نعم، في تلك الليلة، ولكنني دائمًا ما أقضي وقتي في المنزل.

المعالج: ولماذا دائمًا تقضي وقتك بالمنزل؟

المريض: لأنني لا أجد مكانًا أذهب إليه، وليس لي أحد لكي أراه [ساء مزاج المريض، ونظر إلى الأرض].

المعالج: ماذا يعني بالنسبة إليك عدم وجود مكان تذهب إليه، وعدم وجود أحد لرؤيته؟

المريض: يعني أن حياتي فارغة ومملة، وليس لدي مستقبل أتطلع إليه، ولا أمل في الشعور بالسعادة.

المعالج: هل هذه هي الأفكار [الأفكار الآلية السلبية] التي جعلتك تشعر بالاكتئاب؟ [أومًا المريض بالموافقة].

يشير كل من بادسكي وجرينبرجر (1995) Padesky & Greenberger إلى أن الاستكشاف الموجه يعد هو حجر الزاوية في العلاج المعرفي، وأنه يحتاج إلى كثير من الممارسة لكي يتمكن المعالج من إتقانه، ومع ذلك، لا تصر على استخدام الأسئلة السقراطية إذا كانت غير فعالة (يمكن أن تتحول الأسئلة السقراطية إلى تعذيب عقلي، مصحوبًا بسلسلة من الاستجابات الغاضبة «لا أعرف» من قبل المريض) وإذا كان المريض سوف يستفيد بشكل واضح من التفسيرات المباشرة حول كيفية حل مشكلاته، وبمجرد حدوث ذلك، يمكن للمعالج العودة إلى استخدام طريقة الأسئلة السقراطية، عن طريق سؤال المريض عن تعليقاته على الحلول المقترحة لمشكلاته، وبالإضافة إلى الأسئلة السقراطية، هناك طريقة أخرى للاستكشاف الموجه وهي التجارب السلوكية (انظر النقطة ٥٩).

## استخدام الصور

يتضمن مصطلح «المعرفة» الصور تمامًا مثلما يتضمن الأفكار، فقد يجد بعض المرضى صعوبة في تحديد الأفكار السلبية الآلية الخاصة بهم في موقف محدد، ولكن يمكن أن يسأل المعالج هؤلاء المرضى إذا كان لديهم أي صور أو تخيلات في أذهانهم وهم في هذا الموقف، التي قد تكون أكثر قابلية لاسترجاعها (على سبيل المثال «لدي صورة لكل الأشخاص الذين أداروا ظهورهم لي عندما دخلت الغرفة» وبعد ذلك، يمكن سؤال المريض في هذا المثال عن المعنى المرتبط بهذه الصورة لاستنباط أفكاره المصاحبة للصورة (على سبيل المثال «لقد فقدت احترامهم، ولن أكررها مرة أخرى») ويمكن أن يساعد استخدام الصور المرضى على إعادة إحياء المواقف السابقة من أجل الكشف عن الأفكار السخنة (المشحونة انفعاليًا) المرتبطة بهذه المواقف، وعلى سبيل المثال، المريضة التي تقول إنها تشعر بالقلق عند المشي في الشارع الرئيس، لكنها لا تعرف لماذا، ويطلب منها أن تتخيل الموقف في الزمن المضارع، أي كما لو كان يحدث الآن:

المريضة: أنا أسير في الشارع الرئيس، وأشعر بعدم الارتياح، وأشعر أن الجميع ينظرون إليّ، لذا أخفض رأسي وأنا أسير.

المعالج: وماذا سوف يحدث إذا رفعت رأسك؟

المريضة: دائمًا ما أخفضها، وأرفعها فقط عند التسوق الذي أنتهي منه بأسرع ما يمكن.

المعالج: ولكن تخيلي أنك ترفعين رأسك، وانظري حولك، ماذا ترين؟

المريضة: [أصبحت متوترة بشكل ملحوظ] أراهم يحدقون بي، ويحكمون عليّ، وأنا أكره ذلك.

المعالج: على ماذا يحكمون؟

المريضة: [أصبحت باكية] على مظهري.

المعالج: بأي طريقة؟

المريضة: يظنون أنني قبيحة، وبشعة، وأبدو مثل أنثى الفيل، وربما يطلقون

النكات عليّ ويضحكون، وأنا لا أستطيع تحمل ذلك.  
المعالج: هل هذه هي الأفكار التي تجعلك قلقة جداً عندما تسيرين في الشارع  
الرئيس؟  
المريضة: [بهدهوء] نعم.

يشير لازاروس Lazarus إلى أن «فهم الدور الذي تؤديه الصور في حياتنا  
اليومية، يقدم هاديات من أجل كشف كثير من الألغاز غير القابلة للحل (20: 1984)  
ومثال على هذه الألغاز، عندما يمر المريض بموقف، ويرى أنه يجب أن يكون  
سعيداً بهذا الموقف (على سبيل المثال الزواج)، ولكن بدلاً من ذلك، يشعر بالقلق،  
وتفشل أسئلة العلاج المعرفي السلوكي القياسية في توضيح مخاوفه، ولجعل  
مخاوف المريض في موضع الانتباه، يمكن للمعالج استخدام أسلوب التصعيد  
(التخيل التصاعدي) (Lazarus, 1984) حيث يتخيل المريض حياته الزوجية  
تتكشف أمامه، ويتحكم المعالج في تقديم الصورة (التقدم إلى الأمام في الوقت  
المناسب) حتى الوصول إلى النقطة التي تظهر عندها الأفكار المثيرة للقلق:  
«أستطيع أن أرى ذلك في ذهني الآن، أصبحت عاداتها المزعجة غير محتملة،  
أشعر بالاستياء تجاهها أكثر مما أحبها، ولكنها ستتدمر إذا تركتها، لذلك أنا  
محاصر في هذا الزواج، وأشعر أنني غير سعيد على الإطلاق».

## تقديم الاقتراحات

بغض النظر عن مهارة المعالج في استخدام المنهج السقراطي (انظر النقطة ٣٣) عادة ما تأتي نقطة في العلاج عندما يستجيب المريض بعبارة «لا أعرف» عندها لا تساعد الأسئلة الأخرى التي يطرحها المعالج على المريض في إيجاد طرق تساعد المريض على تجاوز عجزه المعرفي، ومن أجل التغلب على هذا العجز، يمكن للمعالج أن يقدم بعض الاقتراحات بناء على صياغة الحالة، أو بعض الاقتراحات المستمدة من الخبرة الإكلينيكية، وفي المثال التالي، نقول إحدى المريضات «ليس لدي أي فكرة عن السبب الذي يجعلني أشعر بالذنب، إذا قضيت بعض الوقت في قراءة صحيفة أو مشاهدة التلفزيون»:

**المعالج:** [القراءة من صياغة الحالة] واحدة من الافتراضات الأساسية الخاصة بك هي «إذا لم يكن لدي وظيفة حقيقية مثل الآخرين، فأنا لست جيدة مثل الآخرين» والآن أنت عاطلة عن العمل منذ عدة سنوات بسبب المرض، وقلت إنك تحاولين الانغماس في ممارسة كثير من النشاطات في كل يوم لإثبات أنك جيدة مثل الآخرين، من خلال العمل في المنزل، إذا جاز التعبير، فهل تظنين أن قراءة الصحيفة أو مشاهدة التلفزيون تعد بمثابة تساهل، بينما ينبغي أن تكوني منشغلة بالكفاح في عمل ما؟

**المريضة:** نعم، ما ذكرته الآن صحيحًا تمامًا، إنه تساهل، يجب أن أعمل بجد للتعويض عن عدم وجود وظيفة حقيقية، أنا لا أستحق أي وقت لنفسي، أشعر بالفشل إذا لم أكمل قائمة المهام اليومية الخاصة بي (الجميل الأربعة الأخيرة هي الأفكار الآلية السلبية للمريضة).

عمل اقتراح المعالج في هذا المثال السابق ذكره، على تحفيز استبطان المريضة للكشف عن الأفكار الآلية السلبية، ومن غير المجدي أن يقدم المعالج مزيدًا من الاقتراحات إذا لم تكن المريضة بحاجة إليها (يمكن لسلسلة من الاقتراحات أن تؤدي إلى أن تصبح المريضة سلبية، حيث يقوم المعالج بالتفكير

بدلاً من المريضة) وإذا كانت المريضة قد وافقت المعالج على أن قراءة الصحيفة أو مشاهدة التلفزيون يعد تساهلاً، ولكنها لم تقدم تفاصيل بهذا الشأن، عندئذٍ يمكن للمعالج أن يسأل «كيف يؤدي هذا التساهل إلى الشعور بالذنب؟» لقد صُمِّمَ هذا السؤال لتقييم دوافع موافقة المريضة، وإذا ما كانت المريضة توافق على اقتراح المعالج من قبيل المجارة (على سبيل المثال: «لقد وافقت على اقتراحك فقط، لكي لا أبدو متصلبة») أم أن الاقتراح مفيد فعلياً بالنسبة إلى المريضة في تقديم إجابات عن حيرتها.

هناك طريقة أخرى لتحفيز استبطان المريض، عندما يصبح عاجزاً عن تحديد أفكاره الآلية السلبية المرتبطة بموقف محدد، وهي أن يقترح المعالج فكرة عكس الاستجابة المتوقعة من المريض (Beck, 2011). على سبيل المثال: المريض غير متأكد من سبب شعوره بالقلق عندما تطلب منه امرأة جذابة جداً الخروج معها، يقول المعالج «أنت قلق جداً لأنك تعتقد أنها سوف تراك رجلاً مثاليًا بالنسبة إليها» يجيب المريض «على العكس، أعتقد أنني سأخيب أملها، سواء داخل أو خارج غرفة النوم، لن أرقى إلى مستوى التوقعات» (الأفكار الآلية السلبية). يمكن للمعالج أن يستخرج من خلال سؤال سقراطي، لماذا يعتقد المريض أنه سوف يخيب آمالها، ولماذا لن يرقى إلى مستوى توقعاتها، وماذا يتخيل أن تكون توقعاتها حوله.





## التغيرات الانفعالية في الجلسة

يمكن أن تحدث التغيرات الانفعالية للمريض في أي وقت وفي أي جلسة، ويحتاج المعالج إلى أن يكون في حالة تأهب استعدادًا لهذه التحولات الانفعالية، لأنها تعد مداخل مهمة لاستكشاف أفكار المريض، ويمكن أن تكون هذه التحولات واضحة (على سبيل المثال: أن يصبح غاضبًا) أو خفية (على سبيل المثال: تضيق العينين). ربما يتحدث المريض عن مشكلة ما بطريقة غير انفعالية، بينما يلاحظ المعالج شيئًا ما يدل على حدوث تغير انفعالي:

المعالج: كان ذلك تنهؤًا شديدًا، كيف حالك في هذه اللحظة؟

المريض: سيئًا.

المعالج: ما الأفكار التي تدور في ذهنك الآن، وتجعلك تشعر أنك سيئ؟

المريض: لقد تركت كثيرًا من الأشياء تضيع من بين يدي، لماذا لم أتمسك بتلك الفرص، وأستغلها أفضل استغلال؟

إن تشجيع المريض على الإجابة عن سؤاله، سوف يساعد على توضيح المعنى الذي ينطوي عليه السؤال، ويؤكد بيبك وآخرون أهمية التحقق من المعاني التي يقصدها المريض:

إن مجمل معاني تجارب المريض أمر بالغ الأهمية، وفي بعض الأحيان قد لا يُصاغ المعنى الذي يقدمه الأشخاص للموقف بشكل كامل، ولكن يجب أن يستخلصه المعالج، وذلك بالاعتماد فقط على البيانات الخام الحالية الخاصة بالأفكار الآلية (1979: 30; emphasis in original) لقد تم التحقق من معنى آخر فكرة آلية للمريض من قبل المعالج:

المعالج: ما إجابتك عن سؤالك؟

المريض: ليس لدي الشجاعة الكافية لتحقيق النجاح، لن أكون أي شيء مهم في الحياة، حياتي عبارة عن كتالوج لا نهاية له من الفرص الضائعة (أصبح المريض باكياً، ومحدقًا في الأرض، ويهز رأسه ببطء).

تمتلئ إجابات المريض «بالأفكار السخنة» وهذه هي الأفكار التي ترتبط بالتغيرات المزاجية، وتقوم بعملية الشحن الانفعالي ( Greenberger and Padesky, 1995: 55)، وهي أهم أفكار آلية سلبية ينبغي اكتشافها وتعديلها، ولا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالأفكار الآلية السلبية في حد ذاتها، لأن كثيراً منها سوف يكون هامشياً، أو غير ذي صلة بردود الفعل الانفعالية للمريض في معظم المواقف، لذلك قد يحتاج المعالجون إلى فرز عدد كبير من الأفكار الآلية السلبية من أجل التحديد الدقيق للأفكار «السخنة» (انظر النقطة ٤٦)، ومن خلال تشجيع المرضى على تخيل الموقف المشكل بطريقة واضحة كما لو كان يحدث الآن، فغالباً ما يسهل ذلك من سرعة اكتشاف الأفكار الآلية السلبية «السخنة».



## الوصول إلى الأفكار عن طريق معرفة المعنى الشخصي للموقف بالنسبة إلى المريض

يشير بلاكبيرن ودافيدسون Blackburn & Davidson إلى أنه «غالبًا ما يتحدث المرضى عن الأحداث كما لو كانت سببًا لمشاعرهم السيئة» ويقوم المعالج بإنشاء الرابطة المفقودة «التفسير» من خلال التحقق من معنى الحدث ( 73; 1995: emphasis in original). في المثال التالي، يعتقد المريض أن الموقف جعله يشعر بالذنب، والموقف الذي جعله يشعر بالذنب هنا هو، أنه تأخر عشر دقائق عن موعد اصطحاب أبنائه للعودة من المدرسة.

يدعم المريض وجهة نظره بقوله إنه لو كان وصل إلى المدرسة في الوقت المناسب لما شعر بالذنب، لذلك «من المؤكد أن هذا الموقف جعلني أشعر بالذنب لأنني وصلت متأخرًا»، وردًا على تساؤل المعالج، وافق المريض على أنه لن يشعر كل أب (أحد الوالدين) بالذنب إذا وصل متأخرًا إلى المدرسة لاصطحاب أبنائه، وبعد أن وضع هذه الفكرة الاستهلالية في ذهنه، يسأله المعالج عن معنى أن يحضر إلى المدرسة متأخرًا عن موعد اصطحاب أبنائه: سوف يصبح أبنائي قلقين جدًا إذا لم أكن هناك لاصطحابهم، لم يكن ينبغي أن أفلقهم إلى هذا الحد، أنا أب سيئ لأنني عرضتهم لهذه المحنة، ويرى المريض نفسه مذنبًا، ويقوم المعالج بتعليم المريض أن تفسيره للموقف يتوسط العلاقة بين الموقف وشعوره بالذنب، أي إن تفسيره هو سبب شعوره بالذنب وليس الموقف في حد ذاته، يجيب المريض: «سوف يكون لهذا الكلام معنى، لو أنني كنت قد وصلت متأخرًا ووجدت أبنائي يستمتعون باللعب، وقتها كنت سأشعر بالارتياح، وليس الذنب» ويمكن أن يساعد المعالج المريض على رؤية الدور الحاسم الذي تؤديه المعرفة في التأثير بقوة على ردود الفعل الانفعالية تجاه الأحداث، بصورة أكثر موضوعية، وذلك من خلال كتابة تسلسل العلاقة بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، على السبورة أو على الورق في حجرة الإرشاد.

نجد أحياناً في بعض استمارات تسجيل الأفكار المستخدمة في العلاج المعرفي

السلوكي، أنه تُوضَعُ خانة المشاعر بعد خانة الموقف، وقبل خانة الأفكار، ويبدو هذا غريباً جداً بالنسبة إلينا، ونحن نتفق مع دوبسون ودوبسون Dobson and (2009) أن هذه الأشكال تحديداً لا تتوافق مع النموذج المعرفي للاضطرابات الانفعالية، لأنها تعطي انطباعاً بأن المواقف تسبب المشاعر، بينما وضع الأفكار في خانة بين خانتي الموقف والمشاعر يتسق مع النموذج المعرفي، أي أن استجابتنا الانفعالية للأحداث يتوسطها تفكيرنا حول هذه الأحداث.



## التركيز على المشاعر

يطلق بيك على المشاعر اسم «الطريق الملكي [الطريق القصير والسهل] إلى المعرفة» (quoted in Padesky, 1993a: 404). إن مساعدة المرضى على تفعيل واستكشاف مشاعرهم عادة ما يكشف عن الأفكار الآلية السلبية المهمة، وعلى سبيل المثال، المريض الذي يقول إنه يشعر بالغضب من سلوك والده تجاهه، لكنه متردد في إخباره بذلك، يشجعه المعالج على أن يتخيل أن والده يجلس أمامه على الكرسي في غرفة العلاج «والآن أخبره عن شعورك»:

المريض: [متحدثاً إلى والده] أنا غاضب منك، طلبت منك الخروج معي يوم الأحد الماضي، وقلت لي أنك مشغول جداً، فلماذا تكون دائماً مشغولاً جداً عندما أرتب شيئاً ما للقيام به معاً؟ أشعر أنك تدفعني دائماً بعيداً عنك، لماذا تفعل هذا بي؟

المعالج: لماذا تعتقد أن والدك يدفعك دائماً بعيداً عنه؟

المريض: [أصبح باكياً] لا يحبني. لن أكون جيداً بما يكفي بالنسبة إليه مثل أخي، كان سيثيراً مني لو كان يستطيع، لا شيء أفعله يمكن أن يرضيه [الأفكار السُّخنة].

عادة ما يستخدم الكرسي، كما هو موضح أعلاه في العلاج الجشطالتي [مثال أسلوب الكرسي الخالي، والكرسي السُّخن] وليس في العلاج المعرفي السلوكي، حيث يستعين المعالجون المعرفيون السلوكيون بأساليب أخرى، ولكن هذه الأساليب تستخدم في إطار نموذج العلاج المعرفي للاضطرابات الانفعالية (Clark and Steer, 1996) لاستكشاف الأفكار السُّخنة.

يمكن للمرضى الاحتفاظ بمفكرة لتسجيل التغيرات التي تطرأ على الحالة المزاجية، ومن ثم التقاط الأفكار الآلية السلبية الخاصة بهم، ويشبه مايكل فري Michael Free النقاط الأفكار الآلية باصطياد حيوان خجول جداً: يجب أن نستكشف عادات الأفكار الآلية، ويمكن ذلك من خلال البحث عن

مساراتها أو بقاياها، ومن خلال الأفكار الآلية يمكننا أن نقول أين كانوا بسبب المشاعر التي خلفوها وراءهم...مثل نوبة من القلق، أو الشعور بالانقباض، أو وميض من الغضب. كن منتبهاً لتلك العلامات، وانظر إذا ما كنت قادراً على التقاط الأفكار الآلية، وكلما اعتدت ملاحظة تلك العلامات سوف تكون قادراً على رؤية مزيد من الأفكار الآلية، حتى تتمكن من كتابتها في جملة كاملة (61: 1999).

على سبيل المثال: تحتفظ المريضة بمفكرة تسجيل الحالة المزاجية، ودونت فيها الشعور بحالة من الهلع المؤقت عندما طلب منها رئيسها في العمل القيام ببعض المهام المرتجلة، وكذلك دونت لمحات من الأفكار الآلية «يا إلهي!»، ومن خلال التسجيل المنتظم في مفكرتها اليومية لنوبات الهلع هذه، تبدأ في اعتيادها بدلاً من أن تفاجأ بها، وتصبح في النهاية قادرة على رؤية الفكرة الآلية كاملة «يا إلهي! يجب أن أبادر، سوف أقوم بمهام غير منظمة وعشوائية، سوف يعتقد رئيسي أنني غير كفاء، وسوف يندم على ترقيتي».

إذا حضر المريض بمفردات فقيرة انفعاليًا أي لا تعبر عن المشاعر التي يشعر بها (على سبيل المثال يستخدم كلمة «سيئة» لوصف جميع مشاعره) يمكن للمعالج أن يقدم معلومات لتعميق رؤيته حول الاستجابات الانفعالية للأحداث:

على سبيل المثال: نشعر بحالة سيئة من الاكتئاب عندما نرى أنفسنا فاشلين ومنعزلين عن الآخرين، ونشعر بحالة سيئة من الشعور بالذنب عندما نرى أننا كان يجب أن نفعل أو لا نفعل شيئاً ما، ونرى أنفسنا كأشخاص مريعين لقيامنا بسلوكيات لا تناسب شخصياتنا، ونشعر بحالة سيئة من الأذى عندما نرى أن الآخرين قد خذلونا، وأننا لا نستحق ذلك، وأننا مستأوون لذلك، ونشعر بحالة من الخزي حول كوننا غير صالحين للتفاعل مع الآخرين، ومن ثم لا ننظر في عيون الآخرين أو نتجنبهم، فأى من هذه الخبرات السيئة قد مررت بها؟

قال المريض إنه شعر «بحالة سيئة من الأذى» حيث كانت زوجته على علاقة بأخر حينما كان يعمل طوال ساعات اليوم، لتوفير الطعام لأفراد الأسرة «ولم يكن يستحق هذه الخيانة» فلماذا يجب أن أتحدث معها بعد أن فعلت ذلك بي؟

## افتراض الأسوأ

يشير ويلز Wells إلى أن «أحد أكثر الأسئلة فاعلية لاستثارة الأفكار الآلية السلبية في الحوار العلاجي هو: ما هو أسوأ ما يمكن أن يحدث إذا...» ( 1997: Freeman et al. (1993). 58; emphasis in original). ويقترح فريمان وآخرون (1993) أنه لا يُطرح هذا السؤال إلا إذا كان المعالج يؤمن أن المريض قادر على فهم الطبيعة الافتراضية للسؤال، وقادر على تطوير استجابات تكيفية تجاه الأحداث شديدة السلبية، والاستفادة من فكرة «إذا تمكنت من التعامل مع أسوأ شيء، يمكنني التعامل مع أي شيء آخر أقل سوءاً، وبالإضافة إلى ذلك، يعد هذا السؤال مؤشراً على أنه إذا كانت النتائج قائمة على قراءة مشوهة جداً للأحداث المستقبلية مثل «حياتي كلها سوف تنهار إذا فشلت في الامتحان» أو «سوف أكون مرعوباً جداً من أن تتحطم الطائرة، وسوف أسير في الممرات صارخاً وأتقيأ على الجميع». في المثال التالي، يطلب من المريض الذي يعاني قلق الأداء أن يفترض الأسوأ.

المريض: سوف أقدم أداءً مريعاً.

المعالج: يعد هذا وصفاً عاماً لأدائك، ما الجوانب المحددة التي تثير قلقك؟

المريض: سوف أكون متوترًا جدًا عند التحدث أمام كل هذا الجمع، وسأصبح معقود اللسان.

المعالج: وما أسوأ شيء يمكن أن يحدث إذا أصبحت معقود اللسان؟

المريض: سوف أتجمد، ولن تخرج أي كلمة من فمي.

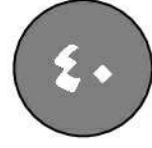
المعالج: هل هذا هو أسوأ ما يمكن أن يحدث؟

المريض: لا، أسوأ شيء هو أنني سوف أبدو مزيفاً، وأعصابي محطمة، وسوف تدمر مصداقيتي المهنية [حددت الأفكار الآلية السلبية الأساسية، أو الأفكار السخنة].

يمكن القيام بافتراض الأسوأ إذا كان خوف المريض المفترض يمكن أن يحدث، ويريد مواجهته (على سبيل المثال، الإصابة بمرض عضال، أو انتهاء

علاقة طويلة الأمد) أو إذا كان المريض يتجنب التركيز على خوفه بشكل مباشر، إلا أنه يشنته باستمرار عندما يشير المعالج إليه: «أنت تقول إنك قلق جداً بشأن سلوك ابنك الغريب، لأنك تعتقد أنه يقيم علاقة صداقة حميمة جداً برجل ما، ولكن يبدو لي أن ما يقلقك أكثر هو خوفك من أن يكون ابنك مثلي الجنس، وهو موضوع لم نتحدث عنه (غير معلن) ولكنه يسبب إزعاجاً في أثناء العلاج، فهل هناك أي حقيقة فيما قلته؟».





## التعرض الموقفى

يحدث التعرض الموقفى عندما يوافق المرضى على مواجهة المواقف المخيفة التي يتجنبونها عادة، من أجل استكشاف أفكارهم الآلية، وفي غرفة العلاج الآمنة يجد المريض صعوبة في الوصول إلى أفكاره الآلية لأنه بوضوح ليس في الموقف الذي يستثيرها، وربما يقلل من تأثير الطبيعة الضاغطة للأفكار (على سبيل المثال: «أبدو سخيفاً في الحقيقة، أعلم أنه لن يحدث لي شيء سيئ» أو ربما يعتقد أن شيئاً مريعاً سوف يحدث، ولكنه تجاوز الموقف بسرعة، ولا يستطيع أن يعرف ما الشيء المريع الذي كان يعتقد أنه سوف يحدث، ومن خلال تشجيع المرضى على معايشة المواقف التي يخشونها أو يتجنبونها، يمكن تفعيل أفكارهم السخنة، وعلى سبيل المثال: المريض الذي يخاف من تناول الطعام في الأماكن العامة، ولكنه لا يستطيع أن يقول للمعالج لماذا يقترن هذا الخوف بمقهى محلي محدد.

المريض: أشعر أن الجميع ينظرون إلي في أثناء تناول الطعام، أشعر بسخونة وتوتر شديد، وقد جف حلقى، ومن الصعب مضغ الطعام وابتلاعه.

المعالج: ماذا تعتقد أنه سوف يحدث إذا بقيت في المكان نفسه، وواصلت تناول الطعام؟  
المريض: سوف أعرض نفسي للحرج.

المعالج: بأي طريقة؟

المريض: سوف أتوتر جداً، ولن أستطيع تحريك الطعام في فمي ومضغه، وسوف أبدأ في الاحتراق، بعدها سوف أبصق الطعام، أو سوف يخرج الطعام من فمي، سوف أقدم مشهداً مريعاً لنفسي، وسوف يفزع الناس من سلوكي، ويغادرون المكان وهم يشعرون بالاشمئزاز (الأفكار الأربعة الأخيرة هي الأفكار الآلية السلبية الأساسية).

أدى هذا التعرض إلى موقف سبق تجنبه إلى الحصول على بيانات تقييم مهمة، لم تكن مستغلة عندما كان المريض يجلس في مكتب المعالج، وغالباً ما يكون مرافقة المرضى في مثل هذه الرحلات، في وقت مبكر من العلاج أمراً مهماً، لأنه من غير المحتمل في هذه المرحلة أن يقوم المرضى بمثل هذه الرحلات المرعبة بمفردهم من أجل تسجيل أفكارهم.



## لعيب الأدوار (١)

يستخدم هذا التكنيك عندما يواجه المرضى صعوبة في الكشف عن الأفكار الآلية السلبية الأساسية في علاقتهم مع الآخرين، ويمكن أن يلعب المعالج دور الشخص الذي يواجه المريض صعوبات في التفاعل معه، ومن المهم أن يلتزم المعالج بالسماة الشخصية التي ينسبها المريض إلى الشخص الآخر إذا كان لعب الأدوار سوف يكون من أجل توضيح أي تفسير محتمل (على سبيل المثال، إذا قال المريض إن زميله في العمل غير مهذب وحاد، فلا ينبغي أن يؤدي المعالج هذا الدور كشخص مهذب ومراعٍ للآخرين، لأن ذلك سوف يقوض لعب الأدوار). في المثال التالي يلعب المعالج دور صديق المريض الذي ينتقده ويعطي له الأوامر دائماً:

المعالج: [في الدور] كان من المفترض أن تصطحبني من المطار في السابعة صباحاً، فلماذا وصلت في وقت متأخر؟  
المريض: آسف، لقد واجهتني مشكلة في السيارة.  
المعالج: لا تدغ ذلك يحدث مرة أخرى، أنا خارج لحضور حفلة الليلة، وأظن أنك تريد أن تأتي معي.  
المريض: نعم، أود أن آتي معك.  
المعالج: يمكنك أن تقوم باصطحابي إلى هناك وتعيديني إلى المنزل مرة أخرى، إلا إذا كنت محظوظاً وقابلت أصدقاء آخرين غيرك، عندئذٍ يمكنك أن تغرب عن وجهي.  
المريض: [أصبح متوتراً بصورة واضحة] حسناً: سأغرب عن وجهك.  
المعالج: [يعد أن خرج من الدور] هل هناك شيء تريد أن تقوله له، ولكنك تتراجع؟  
المريض: أريد أن أقول للنذل المتكبر اذهب إلى الجحيم.

- المعالج: وما الذي يمنعك؟  
المريض: أنه سوف يطردني خارج مجموعة الأصدقاء.  
المعالج: وإذا طُردت...؟  
المريض: [بهدهوء] لن يكون لديّ أحد لأتحدث معه، أو أخرج بصحبته، سأكون وحيداً، وفي حالة حزن حقيقية [الأفكار الآلية السلبية الأساسية]  
المعالج: هل السبب في تحملك لسلوكه هو تجنب تلك النتائج؟ [أوماً المريض بالموافقة].

عندما نتحدث المريضة عن مشكلاتها بشكل عام، قد يكون من الصعب على المعالج أن يستخلص منها أفكارها الآلية السلبية، وذلك لأن الأمثلة العيانية للمشكلات تظل بعيدة المنال، وأيضاً تكون المشاعر أكثر حدة في مواقف معينة (على سبيل المثال: شعرت بالهلع عندما بدا لي كأنني سوف أتأخر عن موعد الاجتماع) مما هي عليه في المستوى العام (على سبيل المثال: أنا قلقة بشأن ضعف قدرتي على ضبط مواعيدي) ولهذه الأسباب، من المهم أن يقوم المعالج بحصر المشكلة العامة في موقف محدد:

المريضة: لا يوجد موقف محدد، أنا قلقة فقط، أنا دائماً قلقة، نهاية القصة.  
 المعالج: هل أنت قلقة من الحضور إلى العلاج؟ [أومأت المريضة بالموافقة] ما الأفكار التي تدور في ذهنك في تلك اللحظة، وتجعلك تشعرين بالقلق؟  
 المريضة: ماذا لو لم تستطع مساعدتي؟ وماذا لو كان العلاج مضيعة للوقت؟ قد يجعلني العلاج أسوأ وأنت تعبت بعقلي [الأفكار الآلية السلبية].

وبدلاً من رؤية القلق بصورة غير منتظمة (غير واضحة) يفرز المعالج ويستخرج من المريضة الأفكار المتعلقة بقلقها من القدوم إلى العلاج، وهذا يمثل مدخلاً لفهم تجربتها الذاتية، ومن المهم ملاحظة أنه عندما يقوم أحد المرضى بالتعبير عن أفكاره في صورة أسئلة كما في الحوار أعلاه [ماذا لو...؟] عندئذٍ يحتاج المعالج إلى مساعدة المريض في تحويل هذه الأسئلة إلى عبارات واضحة، من أجل إزالة أي شك أو غموض محتمل: «لن تستطع مساعدتي - مثل كل المعالجين الذين رأيتهم» «ولا أستطيع أن أتغير» وأن «العلاج سوف يكون مضيعة للوقت، وربما أغادر الآن» ويكون فحص الأفكار الآلية السلبية أكثر فعالية عندما يُعبّر عنها بوضوح، حيث يسمح هذا الوضوح للاستجابات التكيفية أن تتطور للرد على تلك الأفكار الآلية.

## اختزال الأفكار الآلية السلبية

يقصد بذلك أن الأفكار الآلية السلبية يمكن أن تتألف من بضع كلمات أساسية مصاغة بأسلوب تلغرافي «وحيثاً... أصبحت مريضاً... لا يمكن تحمله... السرطان... ليس جيداً» وفي تلك الحالة تصيح كلمة واحدة أو جملة قصيرة علامة مميزة لمجموعة من الذكريات المؤلمة، أو المخاوف، أو التائب الذاتي ( McKay et al., 2011: 18). وكذلك الحال عندما تُصاغ في صورة أسئلة (انظر النقطة السابقة، والنقطة ٤٦) ويصبح من الصعب فحص الأفكار الآلية السلبية التي صيغت بأسلوب تلغرافي والرد عليها، وفي الحوار المتبادل التالي، سوف يوضح المعالج الردود المختصرة للمريض:

المعالج: ما الأفكار التي دارت في ذهنك عندما لم تحصل على الترقية، وجعلتك تشعر بالغضب الشديد؟

المريض: «نموذجي... ليس مرة أخرى... لماذا أنا؟!» هذا ما كنت أفكر فيه.

المعالج: من المهم أن نحول تلك الكلمات إلى جمل حتى نحصل على المعنى الكامل لهذه الكلمات، اتفقنا؟ [أوماً المريض بالموافقة] هل يمكنك توضيح ما تعنيه بكلمة نموذجي؟

المريض: حسناً، نموذجي تعني نموذجي، أنا لا أعرف ماذا يمكن أن أقول أكثر من ذلك.

المعالج: حسناً، هل تعني على سبيل المثال، أن شركتك تعاملت بطريقة نموذجية من حيث العدالة والأمانة، عندما لم تحصل على هذه الترقية؟

(يعطي المعالج المعنى العكسي لما يفترض أن يكون الرد الفعلي للمريض، انظر الفقرة الأخيرة من النقطة ٣٥).

المريض: ليس كذلك، إنها الطريقة النموذجية التي يدير بها هؤلاء الأوغاد أعمالهم: فأنت تترقى على قدر معارفك، وليس على قدر ما حققته من إنجازات [الفكرة الآلية السلبية الأولى].

- المعالج: وماذا تقصد بقولك «ليس مرة أخرى»؟  
المريض: هذه هي المرة الثانية التي لم أحصل فيها على الترقية.  
المعالج: وإذا كان هذا صحيحًا، فما الذي يعنيه ذلك بالنسبة إليك؟  
المريض: هذا يعني أن هناك مؤامرة ضدي في الشركة، لأنني لا أسير على نهجهم [الفكرة الآلية السلبية الثانية].  
المعالج: وهل يمكنك توضيح فكرتك الثالثة «لماذا أنا؟!»؟  
المريض: لأنني أعتبر عما أراه صحيحًا وفقًا لما يمليه علي عقلي، وأنني بالتأكيد لست منافقًا (مسايرًا) مثل بعض زملائي [الفكرة الآلية السلبية الثالثة].  
المعالج: هل قد توصلنا الآن إلى كل المعاني وراء تلك التعبيرات المختزلة؟  
المريض: أعتقد ذلك، وإذا ظهر أي شيء جديد، فسوف أخبرك به.  
لقد غيرنا الاختزال إلى تفاصيل، إذا جاز التعبير.



## استثارة الأعراض

عرضنا في النقطة ٤٠ كيف أننا نشجع المرضى على تعريض أنفسهم للمواقف المقلقة التي يتجنبونها، من أجل الكشف عن أفكارهم السخنة، ويشير ويليز Wells إلى أن «هناك نوعاً آخر من التعرض يعتمد على التعرض للتنبهات الجسمية الداخلية». إن استثارة الأعراض الجسدية أو المعرفية التي تكون محور الاهتمام/ أو سوء التفسير، يمكن أن تتيح لنا الوصول إلى مجموعة واسعة من المعارف المتعلقة بالإحساس بالخطر (67: 1997) وفي حالات اضطراب الهلع يخشى المريض من استثارة بعض الأعراض الجسدية مثل ضيق التنفس، أو خفقان القلب، أو الدوخة، حيث تشير هذه الأعراض من وجهة نظر المريض إلى أن كارثة وشيكة سوف تنتج عن تلك الأعراض (انظر النقطة ٣١) ويمكن الكشف عن الإدراك الكارثي من خلال تشجيع المرضى على المشاركة في تمارين التعرض للاستثارة الداخلية (على سبيل المثال: استثارة الأعراض الجسدية المجهدة) مثل أن يقوم المريض بالجري في المحل، أو استخدام الكرسي الدوار، أو أن يكتم أنفاسه، أو أن يهز رأسه من جانب إلى آخر، أو الإفراط في التنفس (Clark and Beck, 2012). على سبيل المثال، المريض الذي يتنفس من خلال أنبوبة ضيقة لمدة دقيقتين يصبح لاهثاً، ويشعر بالاختناق إذا لم يأخذ نفساً عميقاً، ويذهب إلى الخارج للحصول على بعض الهواء النقي من أجل إنقاذ نفسه.

توهم المرض هو «حالة تتكون إما من انشغال المرء بأنه يعاني مرضاً خطيراً، وإما الخوف من الإصابة بمرض خطير، على الرغم من التأكيدات الطبية بأن ذلك غير حقيقي» (Willson and Veale, 2009: 3). إن أحد العوامل التي تدعم استمرارية توهم المرض، هو أن يقضي المرء كثيراً من الوقت في التركيز على الأعراض أو التغيرات الجسدية (تنشيط الانتباه). إن تجارب الانتباه الانتقائي تعلم المريض أن التركيز على الأعراض الجسدية العادية، وغير الملاحظة (على سبيل المثال، التتميل، والوخز، والألم) يزيد من الوعي بها وكذلك يزيد من شدتها، ويؤدي الانشغال اللاحق بهذه الأعراض إلى النتيجة المقلقة التي مفادها أن شيئاً

سيئاً سوف يحدث مثل «هذا الوخز يعني أنني سوف أصاب بالتصلب المتناثر»<sup>(١)</sup>  
(فكرة سخنة) وسوف يحتاج إلى زيارة الطبيب مرة أخرى، وعندما يُحوّل انتباهه  
خارجياً، يكون من غير المحتمل أن يلاحظ المريض أعراضه الجسدية.

---

1 - Multiple sclerosis.



## الواجبات السلوكية

يمكن استخدام هذا التكنيك مع أي مشكلة، عندما يكون من الصعب استكشاف الأفكار الآلية السلبية، وعلى سبيل المثال: قال أحد المرضى: «إنني أشعر بحزنٍ غير مبرر إذا قمت بإخلاء الحجرة الاحتياطية التي تحوي أغراضي وممتلكاتي القديمة» وأضاف: «ولكنني في حاجة ماسة إلى الحجرة لاستخدامها كحجرة نوم للضيوف». وافق المريض على بدء المهمة في نهاية الأسبوع وتسجيل أفكاره في مذكرة تسجيل الأفكار اليومية (انظر النقطة ٤٧) وفي الجلسة التالية قال إن إزالة «الأثاث القديم» قد أثار ذكريات جميلة من الماضي، الذي يتناقض مع الحاضر: «أسعد جزء في حياتي قد خلفته ورائي، كل شيء ممل ورمادي الآن، أين ذهبت حياتي؟» (الأفكار الآلية السلبية).

مريض آخر كان يتأخر في كتابة مقالة لمجلة أكاديمية، لكنه قال إنه يشعر بالدهشة بسبب تأخره المستمر في الانتهاء من كتابتها، وقال إنه سوف يبدأ في كتابتها مساء اليوم، وسوف يسجل أفكاره المصاحبة في مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، وفي الجلسة التالية، كشفت مفكرة تسجيل الأفكار اليومية أنه جعل نفسه غاضبًا جدًا، لأنه تخيل أنه أنهى مقالته وقد رُفِضَتْ، أو خضعت لمراجعة شاملة: «كيف يتجرؤون على التعامل مع مقالتي بتلك الطريقة، ومن هم لكي ينتقدونني؟ يجب عليهم قبولها تلقائيًا بعد كل هذا الجهد الشاق، لن أسمح لأولئك الأوغاد أن يقللوا من كفاءتي من خلال محاولاتهم تمزيق مقالتي» (الأفكار السخنة).

يمكن في بعض الأحيان، تنفيذ الواجبات السلوكية في الجلسة للكشف عن الأفكار الآلية السلبية الخاصة بالمريض، وقد وافق المريض على ملء استمارة التقييم الذاتي المملة، ولكن سرعان ما أصيب بالإحباط من هذه المهمة، وألقى بالاستمارة على الأرض: «إنه أمر ممل جدًا، لا أستطيع فهم أولها من آخرها، تجعلني تلك الاستمارة اللعينة أشعر أنني غبي» [الأفكار السخنة]. يتجنب مريض آخر المكالمات الباردة (المكالمات التي يتواصل من خلالها مع الشركات المحلية لعرض خدماته عليهم)، على الرغم من أنها الوسيلة الوحيدة لتسويق نفسه

كمدرّب لإدارة الضغوط، وافق المريض على إجراء مكالمة من مكتب المعالج، واستغرقت المكالمة بضع دقائق، ووضع المريض الهاتف وقال «لم يكونوا مهتمين» وعندما سأله المعالج ما الذي يقصده، قال: «أشعر أنهم يرفضونني أنا، وليس فقط يرفضون ما أقدمه، وسوف يؤدي كل رفض أتعرض له في النهاية إلى تدمير نفسي [الأفكار الآلية السلبية]. أصبحت المكالمات الباردة سخنة [مشحونة انفعاليًا].»

## استخراج الأفكار الآلية السلبية من البيانات المعرفية الأقل أهمية

كما لاحظ ديفيد كلارك، ليست كل الأفكار الآلية السلبية ذات أهمية إكلينيكية: «فأي شخص يشعر بالضيق من كل شيء، سوف يكون لديه عدد هائل من الأفكار السلبية، ويكون معظمها غير ذات صلة تمامًا، إنها نوع من القمامة (المخلفات) حقًا، فهي لا تقودنا إلى شيء» (quoted in Weishaar, 1993: 112). لذلك يحتاج المعالج إلى فحص هذا التدفق المعرفي بعناية، من أجل تحديد الأفكار السخنة التي «تسبب الاضطراب الانفعالي» وعلى سبيل المثال، قد يقدم المريض خواطر عن تفكيره في موقف معين بدلاً من الأفكار الفعلية - تمامًا كما فكرت هذه المريضة في واقعة مجلس الإدارة: «أعتقد أنني كنت قلقة لأنني كنت أتساءل ما الذي فكر فيه رئيس مجلس الإدارة، عندما لم يكن لدي الأرقام الدقيقة التي يريدونها، كان الأمر على هذا المنوال» ومن أجل الكشف عن الأفكار الفعلية، يساعد المعالج المريضة من خلال التخيل على إعادة تمثيل واقعة مجلس الإدارة في الوقت الراهن: «يا إلهي، لقد أظهرت نفسي كأنني لا أتمتع بالكفاءة، لقد فقد الرئيس كل ثقته بي، هذه هي نهاية حياتي المهنية مع هذه الشركة».

يمكن للمرضى في كثير من الأحيان التعبير عن سيل من الأفكار المتعلقة بمشكلاتهم، ولكنهم يحذفون الأفكار الآلية السلبية الأساسية التي تسبب الاضطراب، وفي المثال التالي، تقول الزوجة إنها تشعر بالذنب بدرجة كبيرة تجاه سلوك ابنتها، لكن الأفكار التي تدعم الشعور بالذنب لا تبدو واضحة في الطريقة التي تتحدث بها عن المشكلة:

المريضة: أشعر بالذنب بدرجة كبيرة نتيجة ما تقوم به ابنتي، وكما تعلمون، فهي تقوم بأشياء من قبيل البقاء خارج المنزل لوقت متأخر، والهروب من المدرسة، والاختلاط برفقاء السوء، أنها لا تفعل ما أقوله لها، أفكر بيني وبين نفسي، هل هي تحت تأثير المخدرات؟ وما الذي سيحدث إذا استمرت على هذا النحو؟ تدور هذه الأشياء دائماً في ذهني، ربما ينبغي

أن أخرجها جميعاً من ذهني مرة واحدة وإلى الأبد، إنها تقودني نحو الجنون.

بالتوازي مع هذا السيل الأول من الأفكار، يحتوي الثاني على تقييم المريضة لنفسها أو للموقف، ويساعد المعالج المريضة في الالتفات إلى السيل الثاني من الأفكار لتحديد أفكارها المقلقة:

المعالج: قلت إنك تشعرين بالذنب من سلوك ابنك، فما الأفكار التي تجعلك تشعرين بالذنب؟

المريضة: لم أربها بشكل صحيح، إنه خطئي كونها تتصرف بتلك الطريقة، لو كنت أمًا جيدة لما تصرفت بتلك الطريقة، أنا أم سيئة [الأفكار الآلية السلبية: «لم أربها بشكل صحيح، إنه خطئي كونها تتصرف بتلك الطريقة»، والمعتقدات الوسيطة: «لو كنت أمًا جيدة لما تصرفت بتلك الطريقة»، والمعتقد الأساسي: «أنا أم سيئة». ويحتاج تصنيف أفكار المريضة بهذه الطريقة إلى مناقشتها وتأكيدها مع المريضة، ولا يعني السؤال عن الأفكار الآلية السلبية أن كل المعالجين سوف يحصلون على ذلك].

يقول بيك (2011) Beck إن المرضى غالبًا يقدمون تفسيرات لأفكارهم بدلاً من الأفكار الفعلية، وردًا على سؤال المعالج حول ما يدور في ذهن المريضة في كل مرة تتطوع فيها للعمل لوقت متأخر، تجيب: «إنني أفرط في التعويض عن عدم الاستقرار الوظيفي السابق» (التفسير). كان عدم الاستقرار الوظيفي السابق للمريضة يمثل في «عدم العثور على أي وظيفة في أي مكان»، الآن أنا أعلم أين سأذهب، وأحتاج إلى التعويض عن الوقت الضائع، ويسأل المعالج: «ما الأفكار التي تدفعك إلى التعويض عن الوقت الضائع؟» تجيب المريضة: «لكي أثبت لمديري وزملاء العمل أنني جيدة وأتمتع بالكفاءة مثلهم تمامًا».

عندما يسأل المرضى نمطًا من الأسئلة من قبيل «ما الذي يدور في ذهنك؟» فإنهم في كثير من الأحيان يجيبون بأسئلة بلاغية مثل: «كيف يمكنني أن أفعل ذلك؟» أو «ما جدوى المحاولة؟» أو «لماذا يحدث ذلك لي دائمًا؟» ولا تهدف الأسئلة البلاغية إلى الحصول على إجابة، لأن المتحدث يرى أن الإجابة واضحة بما فيه الكفاية، وتمتلئ تلك الأسئلة بكثير من الأفكار الانفعالية، ويُشجّع كل مريض من قبل المعالج على الإجابة عن سؤاله الخاص، من أجل توضيح ما هو ضمنى، ومن أمثلة ذلك على التوالي: «فعلت هذا الشيء لأنني شرير» (شعور بالذنب)، «لا جدوى من المحاولة، لا شيء يسير على ما يرام بالنسبة إلي» (اكتئاب)، و«هذا دائمًا ما يحدث لي، إنها قصة حياتي، هذا ليس عدلاً» (الشعور بالأذى).

## الفصل بين المواقف، والأفكار، والمشاعر

ينص العلاج المعرفي السلوكي على أن تفسيراتنا للأحداث، وليست الأحداث في حد ذاتها هي التي ينتج عنها ردود الفعل الانفعالية، لذلك من المهم أن يقوم المرضى بملاحظة تلك الارتباطات إذا أرادوا الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي، وعندما يناقش المرضى مشكلاتهم، عادة ما يتم ذلك بطريقة مختلطة (غير مفهومة) دون فصل واضح بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وغالبًا ما يلومون الموقف نفسه على ما يشعرون به، وعلى سبيل المثال «زوجي يجعلني غاضبة عندما يذهب للعب الجولف صباح كل أحد» ومن أجل توضيح الدور الوسيط الذي تؤديه الأفكار في حدوث ردود أفعالهم الانفعالية تجاه الأحداث، يُشرح كيفية استخدام الأعمدة الثلاثة من مفكرة تسجيل الأفكار اليومية (مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، انظر الملحق ٢) ومفكرة تسجيل الأفكار اليومية عبارة عن ورقة عمل مقسمة إلى خمسة أعمدة، تساعد المرضى على التمييز بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وتحديد التفكير غير الدقيق، وتقديم تقييمات للأحداث أكثر توازنًا (Tinch and Friedberg, 1996: 1).

يُعلم المرضى في جلسات العلاج الأولى التركيز على الأعمدة الثلاثة الأولى (المواقف، والأفكار، والمشاعر) لكي يصبحوا متمرسين في اكتشاف أفكارهم الآلية السلبية، ومعرفة كيفية ارتباطها بمشاعرهم المزعجة التي يبدونها في مواقف معينة، وبمجرد أن يتمكن المرضى من القيام بذلك، يمكنهم عندئذٍ تحويل انتباههم إلى تحدي الأفكار الآلية السلبية الخاصة بهم، وبالعودة إلى المثال أعلاه:

الموقف	الأفكار الآلية السلبية	المشاعر
ذهاب الزوج للعب الجولف صباح كل أحد.	«ينبغي أن يرغب في أن يكون معي، ولكن ذلك لم يحدث، إذا فهو لم يعد يحبني، لماذا بحق الجحيم - الجولف أكثر أهمية مني؟ أنا زوجة بائسة (وحيدة) وهو لا يعيرني أي اهتمام!».	الغضب.

يطلب من المرضى تقييم مدى مصداقية أفكارهم الآلية السلبية، وشدة مشاعرهم على مقياس من صفر إلى ١٠٠%، وقد قيمت المريضة مصداقية أفكارها بـ ٨٠%، وشدة مشاعر الغضب لديها بـ ٨٥%، وهذه التقييمات مهمة لتحديد النقطة الفاصلة عند فحص تلك الدرجات بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وعلى سبيل المثال: «لا يُركّز على الأفكار والمشاعر أقل من ٥٠%» ومع ذلك إذا كان بعض المرضى يشعرون بالملل نتيجة تقديم التقييمات، لأنها يمكن أن تتحول إلى عملية آلية، فيجب على المعالج إلغاء هذا الإجراء (يعرف المرضى غالبًا الأفكار والمشاعر التي يحتاجون إلى التركيز عليها دون الحاجة إلى تقييمها).

لا ينبغي إعطاء المريضة مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، إلا إذا كانت تتفق مع النموذج المعرفي (على سبيل المثال: «زوجي يجعلني غاضبة، هذه هي المشكلة برمتها») أو كانت غير راغبة في ملء الاستمارات (على سبيل المثال: «جئت إلى هنا لطلب المساعدة، وليس لملء الاستمارات اللعينة») وحتى يُتعامل مع مثل هذه الصعوبات، يُمكن تأجيل مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، وعلى سبيل المثال: رأَت المريضة ووافقت في النهاية على الربط بين الأفكار والمشاعر من خلال سؤال المعالج لها كيف كانت ستشعر إذا كان زوجها:

١- سوف يبقى معها في المنزل صباح كل أحد ويسبب لها إزعاجًا (السعادة، لأنه يريد أن يكون معي).

٢- سوف يبقى في المنزل ويقرأ الجرائد (الأذى، لأنني لا أستحق أن يتجاهلني).

٣- سوف يبقى في المنزل ولكنه متجهم (الذنب، لأنني منعتهم من فعل ما يستمتع به حقًا)

٤- سوف يبقى في المنزل، ولكنه يرى أن اقتراحها بالجلوس معًا في المنزل صباح كل أحد ممتع بالنسبة إليها فقط (القلق، لأنه مستاء مني، وقد يبحث عن أخرى). لقد ساعد ملء مفكرة تسجيل الأفكار المريضة على تحمل مسؤولية أفكارها ومشاعرها بدلاً من إلقاء اللوم على سلوك زوجها، ويقترح بيك وآخرون (١٩٨٥) تشجيع المرضى على تحويل صياغة الجمل التي تعبر عن مشاعرهم من «هو/ هي/ إنه يجعلني أشعر» إلى صوت نشط («أنا أجعل نفسي غاضبة») بدلاً من الصوت السلبي («زوجي يجعلني غاضبة»).

من الواضح أن الأمر يحتاج إلى مزيد من الوقت والجهد، لكي يعرف المرضى الفروق بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وكثيرًا ما تحدث الأخطاء، وعلى سبيل المثال: يضع أحد المرضى «أشعر بالقلق لأنني قد لا أحصل على

الوظيفة» في عمود الأفكار الآلية السلبية، وفي الواقع يجب أن يذهب «القلق» إلى عمود المشاعر، و«قد لا أحصل على الوظيفة» إلى عمود المواقف (هذه وجهة نظر واقعية لمقابلة من أجل الحصول على وظيفة)، ومن أجل اكتشاف ماهية أفكاره الآلية السلبية، يجب على المريض أن يسأل نفسه عمّ يعني عدم الحصول على الوظيفة بالنسبة إليه: «لن يرغب أي صاحب عمل لائق في تعيني، لن أحصل على وظيفة جيدة، فقط وظيفة وضيعة».



## التمييز بين الأفكار والمشاعر

لا يؤدي إدخال كلمة «أشعر» على الجملة إلى تحويلها إلى مشاعر، وكثيراً ما يقول الناس «أشعر» بينما يقصدون «أعتقد» مثل «أشعر أنني وابني كل منا يبتعد تدريجياً عن الآخر» (مشاهدة العروض الدرامية على سبيل المثال، تظهر مدى سطوة جملة «أنا أشعر» على جملة «أنا أعتقد»). من المحتمل أن ينزعج الناس عند تصحيح جملة «أنا أشعر» والمقصود بها «أنا أعتقد» بشكل متكرر عند إساءة استخدامها: عندما تقول «أشعر أنني وابني كل منا يبتعد تدريجياً عن الآخر» فإن ما تقصده حقاً هو «أعتقد أنني وابني كل منا يبتعد تدريجياً عن الآخر» ومن الضروري إجراء تلك التصحيحات عند استخدام العلاج المعرفي السلوكي (ولكن ليس بشكل متواصل أو متعال) وذلك لأنه من خلال تعديل الأفكار غير التكيّفية تتعدل المشاعر المزعجة، لذلك يحتاج المرضى إلى تعلم التمييز بين الأفكار والمشاعر، وأيضاً إذا لم يحدث هذا التمييز، فسوف يعتقد المرضى أن «مشاعرهم» تتحدّى عندما تكون أفكارهم بالفعل هي المستهدف فحصها:

ليست المشاعر محل نقاش، فهي تجارب [ذاتية] يختبرها الأفراد فقط، ولا يمكنك المجادلة مع مثل هذه الحالات الذاتية، في حين أن الأفكار، والمعتقدات، والآراء يمكن أن تكون موضع نقاش (Walen et al., 1992: 98).

يقترح جرينبيرجر وبادسكي Greenberger & Padesky قاعدة عامة وهي أن «الحالة المزاجية [على سبيل المثال، القلق، والاكتئاب، والذنب، والعار، والغضب] يمكن وصفها بكلمة واحدة، وإذا استخدمت أكثر من كلمة واحدة لوصف الحالة المزاجية، فقد تكون تصف فكرة» (28: 1995). على سبيل المثال: قد يقول أحد المرضى: «أشعر أنني لن أتمكن مطلقاً من التغلب على هذه المشكلة» التي قد يُحوّلها المعالج إلى «لقد فكرت في أنك لن تتمكن أبداً من التغلب على هذه المشكلة، فما شعورك تجاه ذلك؟» وقد يرد المريض مرة أخرى بجملة «أشعر»: «أشعر أن العلاج لن يكون قادراً على مساعدتي». يمكن للمعالج أن يشير إلى أن المريض قد قدم فكرتين له، ثم يسأله مرة أخرى كيف ستكون مشاعره تجاه تلك الأفكار التي



تدور في ذهنه: مكتئب. من المهم أن يعبر المرضى عن أفكارهم بصيغة الملكية المفردة، على سبيل المثال: «أنا سوف أكون دائماً فاشلاً» أو «لا أحد يحبني» من أجل السيطرة الذاتية على هذه الأفكار، بدلاً من استخدام صيغة غير شخصية «سوف يرى المرء نفسه فاشلاً في مثل تلك الظروف»، أو «الجميع يفكر في وقت ما من حياتهم أن لا أحد يحبهم» (Neenan and Dryden, 2000).

قد يستخدم بعض المرضى كلمة واحدة لوصف مشاعرهم مثل «سيئ» أو «حمقاء» أو «هراء»، ولسوء الحظ، فإن هذه الأنواع من الأوصاف المكونة من كلمة واحدة، رغم أنها واضحة فإنها لا تعبر عن أي من المشاعر التي يبحث عنها المعالجون المعرفيون السلوكيون، ومن خلال سؤال المرضى عن أفكارهم (على سبيل المثال: «لقد خذلت أعز أصدقائي عندما احتاج إليّ، هو دائماً يقف بجانبني، لقد تصرفت بشكل سيئ جداً») والسلوك (على سبيل المثال: «أنا مستمرّ في محاولة تعويضه بشتى الطرق») ويكون المعالج قادراً على أن يدرك كلمة «هراء» على أنها تعبر عن الشعور بالذنب، لقد خرق المريض نظامه الأخلاقي لكيف يتصرف تجاه أفضل أصدقائه (يجب أن أكون دائماً بجواره، مثلما يكون بجواري، ولم أكن بجانبه عندما كان في مشكلة خطيرة). يمكن للمريض بعد ذلك أن يستخدم مصطلح «الشعور بالذنب» أو يظل يستخدم مصطلحه الخاص.

**الفحص والرد على الأفكار الأليّة السلبية**

## الرد على الأفكار الآلية

بمجرد أن يستتبط المرضى أفكارهم الآلية السلبية، ويفهمون الفرق بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، فهم مستعدون الآن لفحص أفكارهم الآلية السلبية بطرق متنوعة، من أجل تطوير استجابات مفيدة وأكثر تكيفاً بالنسبة إليهم (انظر النقاط ٥٠، ٦٢). يشير بيك وآخرون Beck et al إلى أن «المهمة الأساسية للمعالج هي مساعدة المريض على التفكير في استجابات منطقية لإدراكه السلبي، للتمييز بين التفسيرات الواقعية للأحداث، والتفسيرات التي يشوهها المعنى الشخصي للأحداث (1979: 164).

يجب على المعالج من أجل مساعدة المريض على تطوير هذه «الردود المنطقية» أن يسمح له بالوقت الكافي للتفكير في الأمور، حيث إن هذه قد تكون أول محاولة لصياغة رد بناء على إدراكاته السلبية. يصف الفيلسوف جون كامبل John Campbell الفلسفة بأنها «تفكير بالحركة البطيئة» من أجل النظر بعناية في بعض الأفكار التي ربما نكون قد تكيفنا معها بسرعة كبيرة، ويبدو أنها لا تزال عالقة. إن إبطاء تفكيرنا يسمح لنا برؤية «الخطوات العقلية» التي قمنا بها من أجل تأييد هذه الأفكار، والرؤى البديلة المتاحة أمامنا. نحن نظن أن كل المعالجين والمرضى إذا كانوا مهتمين، يمكنهم العثور على مصدر غني بالأفكار في الفلسفة لمساعدتهم على توسيع وتعميق مناقشاتهم حول التكيف مع تقلبات الحياة، وهناك مرجعان في هذا الصدد لوليام أرفين William Irvine يمكن الرجوع إليهما وهما .A Guide to the Good Life (2009) & A Slap in the Face (2013).

كما رأينا في القسم الخاص باكتشاف الأفكار الآلية السلبية فإن المعنى الشخصي (على سبيل المثال: «حياتي قد انتهت») يمكن أن يجعل التعامل الموضوعي مع موقف غير سار (مثل فقدان الوظيفة بعد ٢٠ سنة خدمة في الشركة نفسها) أكثر صعوبة (على سبيل المثال يقول المريض إنه «غارق في الحزن واليأس»).

إن تشجيع المرضى على النظر إلى الموقف بطرق أكثر واقعية يقلل من شدة

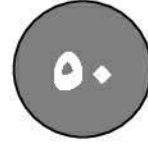
مشاعرهم المؤلمة (على سبيل المثال: «حياتي مع تلك الشركة قد انتهت، وما زلت أشعر بالضيق حيال ذلك، ولكن ليس بالمستوى نفسه الذي كنت عليه من قبل، أنا أدرك الآن أن حياتي لا يزال بها إمكانيات وفرص جديدة، إذا كنت أرغب في البحث عنها»).

من أجل تحقيق هذه النتيجة، يُعلم المرضى اعتبار أن أفكارهم الآلية السلبية هي مجرد فروض حول أنفسهم، والآخرين، والعالم، وأنه يمكن إخضاعها للعقل واختبارها في الواقع (انظر النقطة ١١) وإذا ثبت أن فكرة آلية معينة صحيحة وليست مشوهة (على سبيل المثال: «ليس لدي أصدقاء في الوقت الحالي») فسوف تستكشف طرق للتعامل مع هذا الموقف، مثل تعليم المريض السؤال عن حياة الآخرين واهتمامهم، بدلاً من الرغبة الدائمة في أن يكون المريض هو مركز الاهتمام، مما يؤدي إلى ابتعاد الناس عنه.

لا يعتمد فحص الأفكار الآلية السلبية للمريض على محاولة العلاج أن يثبت للمريض أن تفكيره خطأ، وأن العلاج على حق، أو أن يقوم المعالج بدور المدعي العام في قاعة المحكمة ويحاول «الإيقاع بالمريض متلبساً» عند مناقشة أفكاره (على سبيل المثال: «أنت تقول إنك وحيد في هذا العالم، لكنك أخبرتني في وقت سابق أن الجيران يسألون عنك، وأنت تتلقى مكالمات هاتفية من أسرتك، أليس هذا صحيحاً؟»). يتضمن الفحص التعاون بين المعالج والمريض لتطوير استجابات تكيفية تجاه أفكار المريض الآلية السلبية.

قد يظن بعض المعالجين، وخصوصاً المعالجين الجدد في العلاج المعرفي السلوكي (بشكل غير صحيح) أنه بمجرد سماعهم لإمكانية حدوث تشويه معرفي في عرض المرضى لمشكلاتهم، عليهم تحذيه على الفور، بدلاً من السماح لمرضاهم بإبداء آرائهم:

إن التأثير المؤسف [لهذا الحماس المفرط] للتركيز والتدقيق في كل تفاصيل تفكير المرضى، يمكن أن يسبب توتراً في العلاقة العلاجية، وعلى النقيض من ذلك، يسجل المتخصصون المتمرسون في العلاج المعرفي السلوكي بعض التعليقات الأساسية التي يبديها مرضاهم، ويستجيبون بتعاطف، وينتظرون توقفاً طبيعياً في أثناء المناقشة، لتلخيص أنواع المحتوى المعرفي السلبي التي يفصح عنه المرضى (Newman, 2013: 154).



## وزن الأدلة

يعد وزن الأدلة المؤيدة والمضادة للفكرة الآلية التلقائية على الأرجح هو أكثر الطرق شيوعاً لإعادة تشكيل البنية المعرفية (تغيير الأفكار والمعتقدات) (Moorey, 1990: 240). على سبيل المثال يقول المريض: «لا شيء يسير جيداً بالنسبة إلي» ويستدل على ذلك بقائمة من خبرات الفشل في الماضي والحاضر لتدعيم هذه الفكرة، ولا يستطيع التفكير في أي دليل مناقض لذلك، وفي عقله أن هذا يثبت صحة ما يعتقد:

المعالج: لقد قلت إنك انتقلت إلى منزل جديد مؤخراً، كيف سار الأمر بالنسبة إليك؟

المريض: كان كل شيء جيداً.

المعالج: إذاً، فقد كان الانتقال جيداً؟

المريض: نعم، أعتقد كذلك.

المعالج: ما مدة زواجك؟

المريض: أربعة عشر عاماً.

المعالج: وكيف تصف تلك الأربعة عشر عاماً؟

المريض: لقد كانت تلك السنوات سعيدة معظم الوقت، حقاً لقد وجدت شيئاً إيجابياً في حياتي الماضية، وربما هناك أشياء أخرى لا يمكن أن أراها في الوقت الحالي أشياء جيدة، فهل من المفترض أن أصبح فجأة مفكراً إيجابياً؟

المعالج: عادة لا يعتد التفكير الإيجابي بالأدلة في حين يعتد بها التفكير الواقعي.

أريد منك أن تحاول التخلي عن فكرتك «لا شيء يسير جيداً بالنسبة إلي» والنظر إلى كل الأدلة التي تسوقها، وليس فقط إلى جزء منها (يساعد المعالج المريض على الكشف عن مزيد من الأدلة المضادة للفكرة) كيف يمكن أن تستجيب الآن لتلك الفكرة؟

المريض: حسناً، سأفترض أنه من الأكثر دقة أن أقول: «أحياناً تسير الأمور بصورة جيدة بالنسبة إلي، وأحياناً لا» ومن ثمّ فإنه من المهم بالنسبة إليّ

أن أظل أفكر بتلك الطريقة، وأشعر أنني سأصبح أفضل قليلاً إذا استطعت تذكر ذلك.

يمكن أن تنشأ بعض الصعوبات حول ما يمكن أن نعتبره أدلة، وعادة ما يستخدم المعالج الحقائق لتدعيم، أو تعديل، أو تثبيط أفكار المريض، بينما يدلل المريض على أفكاره وفقاً لمشاعره، أو افتراضاته، ويقترح نيومان (Newman 1989) رؤية لما يمكن أن يعد دليلاً، وما لا يمكن أن يكون كذلك كما يلي:

١- **البيانات المؤكدة**، يتوصل المريض لحقائق ثابتة (موضوعية، ومباشرة، ولا لبس فيها) مثل: «قالت لي زوجتي أنها على علاقة بشخص ما».

٢- **البيانات الملاحظة**، أي ما لاحظته المريض، الذي قد يشير إلى حقيقة ثابتة، ولكن قد يكون المريض أساء تفسيره، أو استنتاجه، مثل: «رأيت زوجتي تضحك بينما كانت تتحدث وهي قريبة جداً من رجل في الشارع، لذلك فهي على علاقة به».

٣- **البيانات التخمينية**، وتتبع من انطباعات المريض ومشاعره وحده: «أنا أعرف أن زوجتي على علاقة. أنت تعرف ما تعرفه، هل تفهم ما أعنيه؟».

ويشير نيومان (Newman 1989) إلى أن مستوى الأدلة التي يسعى إليها المعالجون بشكل نموذجي هي البيانات المؤكدة، ومع ذلك فإن بعض المرضى يكتفون بالبيانات الملاحظة أو التخمينية، ويحتاج المعالج إلى تأكيد حدود استخدام تلك البيانات، والمشكلات المحتملة نتيجة استخدامها، مثل المريض الذي يتهم زوجته بإقامة علاقة غرامية استناداً إلى مخاوفه (البيانات التخمينية) مما يؤدي إلى أزمة في العلاقة بينهما فيما بعد.

تستند الحاجة إلى وزن الأدلة واختبارها في العلاج المعرفي السلوكي إلى افتراض أنه إذا كان تفكيرنا أكثر تماشياً مع الأحداث في العالم الخارجي (بمعزل عن إدراكنا لها) فسوف تكون صحتنا العقلية أفضل، لأن هناك احتمالاً أقل لانخراطنا في التفكير أو الخبرات المشوهة، ومشاعر الضيق المتعلقة بها.

يشير دوسون ودبسون (Dobson & Dobson 2009) إلى مفهوم «الافتراض الواقعي» حيث يستكشف العلاج المعرفي السلوكي الخبرات الداخلية للمرضى، وكيف يصلون إلى وجهات نظرهم حول أنفسهم والعالم، والمعاني التي يسقطونها على الأحداث، ولذلك فإن المعالج المعرفي السلوكي يتحرك باستمرار بين العالم الخارجي والداخلي للمريض، ومحاولة الكشف عن المعنى الخاص حول حدث عام (على سبيل المثال، تغيير المنزل) مما يسبب له كثيراً من الضيق.

## تقديم تفسيرات بديلة

يوضح هذا التكنيك للمرضى أن هناك أكثر من طريقة واحدة للنظر في الموقف، ويقترح بلاكبيرن وديفيدسون Blackburn & Davidson أن:

يُطالب المريض بتقديم تفسيرات بديلة للموقف، وتحديد احتمال واقعية كل تفسير، وبعد ذلك أحد التكنيكات الفعالة، كما أنه يجب ألا يُرفض التفسير الأصلي السلبي غير المرجح، ولكن يُعارض بتفسيرات أكثر ترجيحًا ( Blackburn and Davidson, 1995: 76).

وفي المثال التالي، تعتقد المريضة أن ورشة العمل التي قدمتها كانت فاشلة، وذلك لأن تقييمين من بين ٢٠ تقييمًا كانا سلبيين:

المعالج: حسنًا، هذا جانب واحد من الموقف، وماذا عن الثمانية عشر تقييمًا الأخرى، التي كانت إيجابية؟

المريضة: حسنًا، أنا أفترض أنها كانت ناجحة بدرجة معقولة.

المعالج: هل يمكن النظر إلى الموقف من طرق أخرى؟

المريضة: لقد شعروا بالأسى تجاهي، لذلك كانت ردود فعلهم، وتقييماتهم إيجابية.

المعالج: ما مدى احتمالية شعورهم بالأسى تجاهك؟

المريضة: ليس احتمالاً كبيراً جداً، فلم يكونوا يعبرون عن مشاعرهم كثيراً، وكان من الصعب جداً إرضائهم بشتى الطرق.

المعالج: هل لحصولك على عائد إيجابي أي تفسيرات أخرى؟

المريضة: لقد كانت مسألة حظ، لمرة واحدة.

المعالج: من الصعب معرفة ذلك في تلك المرحلة، حيث كانت تلك هي ورشة

العمل الأولى، هل تخططين للقيام بمزيد من ورش العمل؟ [أومات

المريضة بالموافقة]. هل هناك تفسيرات أخرى محتملة غير أنها كانت

مسألة حظ؟

المريضة: أنني قدمت أداءً جيداً.

المعالج: أي شيء آخر؟

المريضة: لم يكن عليهم دفع المال لحضور ورشة العمل (كان الحضور مجانيًا) لذلك منحوني درجات أعلى في التقييم، عما كان سيحدث لو كانوا يدفعون.

المعالج: هل تعتقد أنهم سيقبلون بمعايير منخفضة لمجرد أنهم لم يدفعوا؟ لقد قلت إنه «يبدو من الصعب جدًا إرضاءهم بشتى الطرق».

المريضة: أنا أشك كثيرًا أنهم سوف يفعلون ذلك، لم أكن لأفعل ذلك لو كنت ضمن هذه المجموعة.

المعالج: [كتب على السبورة] حتى نلخص ما دار: كانت فكرتك الأولى عن ورشة العمل أنها كانت فاشلة، لأن استمارتين من استمارات التقييم كانتا تتضمن انتقادًا، ومع ذلك كانت ثماني عشرة استمارة تقييم جيدة، وبناء على هذه الحقيقة كانت هناك تفسيرات أخرى: كانت ورشة العمل ناجحة إلى حد ما، وشعر بعض الناس بالأسف من أجلك، وكانت المسألة مسألة حظ، وأنت قدمت أداءً جيدًا، ولم يضطر الناس إلى الدفع، فما التفسير الأكثر ترجيحًا في ضوء مناقشتنا؟

اختارت المريضة «أنني قدمت أداءً جيدًا، وأعتقد أن هذا هو السبب المنطقي لنجاح ورشة العمل» ومع ذلك فهي مازالت تتساءل عما إذا كانت هناك بعض «عناصر الحظ» التي ساهمت في نجاح ورشة العمل، ومن ثم اقترح المعالج عليها أن تقوم بعمل بعض ورش العمل الأخرى على مدار الأشهر القليلة القادمة، من أجل جمع بيانات عن أدائها لحل تلك القضية: هل أنا أملك مهارة حقيقية، أم أن نجاح ورشة العمل الأولى كان محض حظ؟



## تحديد التشوهات المعرفية

لقد أدرجنا في النقطة رقم ٢ بعض التشوهات أو التحيزات المعرفية مثل قراءة أفكار الآخرين، والتسمية، والقفز إلى الاستنتاجات، التي تحدث نتيجة معالجة المعلومات بطريقة خطأ، وذلك عندما يكون المرء في حالة انفعالية سيئة (للاطلاع على القائمة الكاملة للتشوهات المعرفية انظر: (Leahy et al., 2011: 172). يشير ويستربوك وآخرون Westbrook et al. إلى أن هذه التشوهات تعكس «التغيرات الطبيعية في أساليب معالجة المعلومات لدينا، وتصبح هناك مشكلة فقط عندما تكون تلك الأساليب متحيزة، أو مزمنة، أو متطرفة جداً» ويمكن تقديم قائمة بالتشوهات المعرفية إلى المريض، ثم يسأله المعالج عما إذا كان قادراً على تحديد أي نوع من التشوهات المعرفية مما يجده عادة في تفكيره.

على سبيل المثال: قال أحد المرضى الذين يعانون القلق الاجتماعي: «أعرف أنه عندما أدخل إلى الغرفة يفكر الناس فيّ هكذا: «إنه ممل، لذا سأبقى بعيداً عنهم» أو إذا بدؤوا بالتحدث معي، فإنهم سوف يبتعدون سريعاً لأنهم يظنون «أنه ممل». لقد حدد المريض بسرعة أن قراءة أفكار الآخرين هو أحد التشوهات المعرفية الأساسية، ولكنه أضاف بعد ذلك «أنا أعتقد أنني أستطيع قراءة الأفكار، إنها حقيقة» وقد أجرى المعالج تجربة فورية لاختبار قدرة المريض على قراءة الأفكار، عن طريق كتابة عبارة «ميكى ماوس» على قطعة من الورق وأخفاها، ولم يتمكن المريض من معرفة ما كتبه المعالج.

يمكن النظر إلى قراءة أفكار الآخرين على أنها شكل من أشكال الإسقاط: «عادة ما تكون الأفكار التي يعتقد المرضى أنها الأفكار التي يظنها الآخرون عنهم، هي الأفكار ذاتها التي يعتقدونها المرضى عن أنفسهم» (Persons, 1989: 113). في المثال أعلاه، إذا كان المريض يعتقد أنه ممل، فمن المرجح أن يستنتج أن الآخرين يفكرون بطريقة مشابهة له، والنقطة المهمة هي أن يقرأ المريض أفكاره بطريقة غير مشوهة، وأن يتوقف عن محاولة قراءة أفكار الآخرين (Neenan and Dryden, 2002). أفنعت هذه المناقشة (والتجربة) المريض أنه ليس قارئاً للأفكار:

«في واقع الأمر، أنا لا أعلم ما يظنه الناس عني، يمكنني أن أسألهم، أو يمكنني الذهاب إليهم، والتحدث معهم للحصول على بعض الأفكار، وحتى إذا وجد بعض الناس أنني ممل، فليس هذا دليلاً على ذلك، فأنا لا أستطيع أن أكون ممتعاً بالنسبة إلى كل الناس».

كان أحد التشوهات المعرفية الأساسية الأخرى لدى المريض هو التفكير بمبدأ الكل أو لا شيء: «إن الناس إما مملون مثلي وإما مثيرون للاهتمام وممتعون في الحديث معهم مثل معظم الناس» وكما يشير مكاي وآخرون McKay et al. «بما أن تفسيراتك متطرفة، فإن ردود فعلك الانفعالية متطرفة» (29: 2011). وجد المريض أن من الصعب رؤية الوسط بين هذين الوضعين المتطرفين:

يمكن النظر إلى الأشخاص على أنهم مملون ومثيرون للاهتمام في آن واحد، وعلى سبيل المثال، «إنها مثيرة للاهتمام حقاً عندما تتحدث عن عملها كطبيبة، ولكن حينما تبدأ في التحدث عن الأبراء، وشغفها الكبير بها، أشعر برغبة عارمة في النوم» بمجرد أن تعلم المريض أن يوجه مزيداً من اهتمامه نحو البيئة الخارجية، وبعيداً عن تركيزه الزائد على أوجه القصور المفترضة التي يعانيها، وجد بمرور الوقت أنه يمكن أن يكون مثيراً للاهتمام إلى حد ما، بالنسبة إلى بعض الأشخاص، ولبعض الوقت، وليس كل من التقى بهم قد أدهشهم بمحادثاته المذهلة.

## النظر إلى المزايا والعيوب

يساعد هذا التكنيك المرضى على استكشاف مزايا وعيوب الالتزام بفكر معين (على سبيل المثال: «وجودي بمفردي، يبقيني آمناً» أو الانخراط في سلوك معين (على سبيل المثال: التسويف) ومن خلال مناقشة كل ميزة و عيب، يمكن أن يتعلم المريض، إعادة النظر في أفكاره المدمرة، وتغيير سلوكياته غير المنتجة، ويشير ويلز Wells إلى أنه «يجب بذل مزيد من الجهد للكشف عن العيوب أكثر من الكشف عن المزايا، عندما تكون مساوئ الحفاظ على سلوك أو توجه معين أكثر من المزايا، ويجب أن يكون لدى المريض دافع أقوى نحو التغيير» (72: 1997). كتبت مزايا وعيوب الفكرة السابقة على سبورة المعالج:

### «وجودي بمفردي يبقيني آمناً»

العيوب	المزايا
١- لن يكون لدي أي علاقات لكي أشعر بالرعب بشأنها.	١- لن أرفض بعد الآن، ولن أشعر بالرعب.
٢- سأفتقد الفرص التي يمكن من خلالها تعلم أن أكون مؤكداً لذاتي في علاقاتي.	٢- لن يكون هناك مخادعون من حولي.
٣- سوف تصبح حياتي فارغة، ومن ثم لن يكون هناك ما أحتاج إلى التحكم فيه.	٣- أستطيع التحكم في حياتي.
٤- كل ما سوف يقلقني أن تكون مشاعري صحراء مثيرة للمتعاب.	٤- لن أقلق من أن أكون غيوراً، وأن تسبب لي مشاعري المتعاب.
٥- سأفضي حياتي في عزلة قاتمة.	
٦- الحياة دون علاقات ليست حياة جيدة، وأنا لا أريد ذلك.	

في نهاية هذا التدريب أصبحت الفكرة لا تلقى أي قبول لدى المريضة، ولكن المريضة أرادت أن تتعلم كيف تصبح أكثر مرونة في التعامل مع تقلبات العلاقات («يمكنني أن أكون آمنة أيضًا في علاقة إذا تعلمت أن أتعامل مع الأمور على نحو سلس، وعدم رؤية نهاية العلاقة على أنها كارثة كبرى»). على سبيل المثال: شعرت المريضة بالجزع الشديد عندما رُفضت، لأنها تعرضت لرفض مزدوج، من صديقها، ومن نفسها («لا يمكنني أن أكون أفضل إذا هجرني»). كان جزءًا من تنمية التماسك الداخلي للمريضة أن تتعامل مع الرفض الأول، دون خلق الثاني، أي الرفض الذاتي («لقد رفضني، ولكنني لن أرفض نفسي بسبب رفضه لي») ونفهم من ذلك أن «الرفض» مصطلح مشحون بالمعاني (بمعنى أنه محمل بمعانٍ كامنة تقف خلف انخفاض تقييم الذات مثل انعدام القيمة) وأن تدرك أن العلاقات غالبًا ما تتبع المسار الطبيعي (بمعنى أن وظيفة العلاقات سواء كونها تحقق السعادة أو ينتج عنها شيء ذو قيمة سوف تتوقف في نهاية المطاف) ومن ثمَّ فقد حان الوقت لكي تتجاوز فشل تلك العلاقة التي كانت ستنتهي حتمًا بالرفض، واليأس، والوحدة.

إذا وجد بعض المرضى أن تكنيك النظر إلى المزايا/ العيوب غير مجد، يقترح هانا (2002) Hanna استخدام طريقة النيات والنيات المضادة (لا ينظر إليها بشكل سلبي) لأنها تعكس قيمًا وأهدافًا متضاربة في حياة الشخص، على سبيل المثال، انسحب المريض من عملية شراء منزل مع شريكته في آخر لحظة، بسبب شكوكه حول استمرارية علاقتهما، ويقول لقد كانت نيته أن يكون سعيدًا في «علاقة تفي بجميع المتطلبات» وكانت النيات المضادة لهذا الهدف هي البقاء أعزب، وشغل وقت الفراغ حتى أجد المرأة المثالية في نهاية المطاف، وقد نوقشت النيات والنيات المضادة بالتفصيل ثم أعيد تقييمهما، وظهر أن شغل وقت الفراغ حتى العثور على المرأة المثالية، كان مجرد خيال ذكوري مثالي، واعترف المريض بأن الواقع سوف يكون «قضاء أمسياتي وحيدًا في مشاهدة برامج التلفزيون التافهة» وقد اختار النية ولكنه أدرك أن الإصرار على «علاقة تفي بجميع المتطلبات» تعني استئصال أي شك من ذهنه، فالشكوك بالنسبة إليه كانت تعني أن العلاقة سوف تفشل بكل تأكيد، وهو يؤمن الآن بأن أي قرار مصيري في الحياة عادة ما يكون مصحوبًا بالشكوك، وليس الثقة التامة واليقين، وقد وُفق بينه وبين شريكته، واشترى منزلًا معًا.

