



العلاج المعرفي

"الأسس والأبعاد"

تأليف: چوديث بيك >

تقديم: آرون بيك

ترجمة: طلعت مطر

مراجعة: إيهاب الخراط <

العلاج المعرفى

الأسس والأبعاد

المركز القومي للترجمة

المشروع القومي للترجمة

إشراف: جابر عصفور

- العدد: ١١٤١
- العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد
- چوديث بيك
- طلعت مطر
- إيهاب الخراط
- الطبعة الأولى ٢٠٠٧

هذه ترجمة كتاب:

Cognitive Therapy:

Basics and Beyond

By: Judith S. Beck

Copyright©1995 The Guilford Press,

A Division of Guilford Publications, Inc.

حقوق الترجمة والنشر بالعربية محفوظة للمركز القومي للترجمة.

شارع الجبلية بالأوبرا - الجزيرة - القاهرة، ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ - ٢٧٣٥٤٥٢٦

EL Gabalaya st. Opera House, El Gezira, Cairo

E-mail: egyptcouncil@yahoo.com 27354524 - 27354526

العلاج المعرفي

الأسس والأبعاد

تأليف: جوديث بيك

تقديم: آرون بيك

ترجمة: طلعت مطر

مراجعة: إيهاب الخراط



٢٠٠٧

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

بيك، جوديث
العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد: تأليف: جوديث بيك؛ تقديم: أرون بيك؛
ترجمة: طلعت مطر؛ مراجعة: إيهاب الخراط - ط ١ - القاهرة: المركز القومى
للترجمة، ٢٠٠٧.
٥٠٨ ص؛ ٢٤ سم - (المشروع القومى للترجمة؛ العدد ١١٤١).

- ١- العلاج النفسى
أ- بيك، أرون (مقدم)
ب- مطر، طلعت (مترجم)
ج- الخراط، إيهاب (مراجع)
د - العنوان

١٥٧,٩٤

رقم الإيداع: ٢٠٠٧/٢٦٩١٨
التقييم الدولى: 2 - 574 - 437 - 977
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

تهدف إصدارات المركز القومى للترجمة إلى تقديم الاتجاهات والمذاهب الفكرية المختلفة
للقارئ العربى وتعريفه بها، والأفكار التى تتضمنها هى اجتهادات أصحابها فى ثقافتهم
ولا تعبر بالضرورة عن رأى المركز.

المحتوى

7	- مقدمة المترجم
11	- تقديم بقلم: آرون بيك
15	- مقدمة المؤلف
17	- الفصل الأول: تأسيس العلاج المعرفى
35	- الفصل الثانى: التصور المعرفى
53	- الفصل الثالث: بنية الجلسة الأولى
83	- الفصل الرابع: الجلسة الثانية وما بعدها، البنيان والشكل
109	- الفصل الخامس: مشاكل متعلقة بشكل الجلسة العلاجية
125	- الفصل السادس: التعرف على الأفكار التلقائية
151	- الفصل السابع: التعرف على المشاعر
167	- الفصل الثامن: تقييم الأفكار التلقائية
195	- الفصل التاسع: الاستجابة للأفكار التلقائية
213	- الفصل العاشر: التعرف على المعتقدات الوسطية وتعديلها
255	- الفصل الحادى عشر: المعتقدات الجوهرية
293	- الفصل الثانى عشر: طرق معرفية وسلوكية إضافية
347	- الفصل الثالث عشر: التخيل
375	- الفصل الرابع عشر: الواجب المنزلى
405	- الفصل الخامس عشر: إنهاء العلاج ومنع الانتكاسة
431	- الفصل السادس عشر: التخطيط للعلاج
455	- الفصل السابع عشر: مشاكل العلاج
475	- الفصل الثامن عشر: نمو المعالج المعرفى
481	- ملاحق

مقدمة المترجم

لقد مر الطب النفسى فى تطوره حتى وقتنا هذا بمراحل مختلفة، وإن كان الكثيرون قد فتتوا بمدرسة التحليل النفسى واعتبروها من أهم اكتشافات العصر الحديث، وأن سيجموند فرويد قد اكتشف آفاقاً فى النفس البشرية لم تكن معروفة من قبل، واجتاز مناطق لم تكن مأهولة أسهمت إلى حد كبير فى جعل المعالج النفسى يظن أنه قادر على الخوض فى أعماق النفوس ومعالجة أسباب انحرافها. غير أن التجربة والزمن أفصحا عن غير ذلك. فكانت مساهمة التحليل النفسى فى علاج الأمراض النفسية على غير ما هو متوقع، وكانت النتيجة محبطة تماماً فى الأمراض الذهانية، وذهب البعض إلى اتهام فرويد ومدرسة التحليل النفسى بأنهما السبب فى تخلف هذا الفرع من فروع الطب عن المسيرة العلمية التى خاضتها بقية الفروع. وبدأ الجميع يبحثون فى علوم الفسيولوجى والكيمياء والمستقبلات العصبية. وعلى الرغم من ضآلة المحصول العلمى من هذه الأبحاث، والتى لم ترق بالطب النفسى إلى مستوى بقية فروع الطب المختلفة، فإن الأطباء النفسيين قد فتتوا مرة أخرى بهذه المعطيات، وبات مفهوم الأمراض النفسية لا يتعدى اضطراباً فى كيمياء المخ واختلالاً فى المسارات العصبية أو نقصاً فى بعض المواد التى يمكن تعويضها بالأدوية الكيميائية. واقتصررت اللقاءات العلمية والمؤتمرات الطبية على مناقشة مفعول الأدوية المختلفة وبيان ميزة هذا الدواء على ذلك، وازدهرت الأبحاث التى تركز على الاضطرابات الفسيولوجية والكيميائية وعلاقتها بالأعراض المرضية وكيفية علاج هذه الأعراض بالدواء المناسب، وكان الأمراض النفسية هى مجموعات من الأعراض المختلفة دون النظر إلى الأصول المسببة لهذه الأعراض وديناميكتها إلى الحد الذى انتفت فيه الحاجة إلى تخصص الطب النفسى، فىمكن لأى طبيب أو حتى غير طبيب أن يستقرئ هذه الأعراض، ويصف لها الدواء المناسب، وغالباً ما يكون دواءً واحداً قادراً على شفاء كل الأعراض، وتوارت أهمية العلاج النفسى أو كادت. ولقد أسهمت عدة عوامل فى

شروع هذا الاتجاه، ومنها صعوبة المقارنة بين نتائج العلاج الدوائى التى تكون سريعة وظاهرية ونتائج العلاج النفسى التى تكون بطيئة ومستترة، وكذلك صعوبة دراسة طرق العلاج النفسى دراسة منهجية وموضوعية وارتباط النظرية بالتطبيق. والأهم من ذلك صعوبة تعلم طرق العلاج النفسى بطريقة منهجية، إلى أن تبلورت نظرية آرون بيك فى النموذج المعرفى، والتى انبثقت من علاج مرضى الاكتئاب وليس من الاستبطان أو التنظير كبقية نظريات التحليل النفسى أو على الربط المباشر بين الإشرطات المختلفة والاستجابات السلوكية اللا إرادية دون النظر إلى أهمية الوعى كما تقول النظرية السلوكية. وهى نظرية بسيطة ومفهومة إلى حد كبير، وقابلة للتطبيق المباشر فى العلاج النفسى. ويتميز العلاج المعرفى بتقنياته الثابتة وقابليته للتعلم والتزامه بشكل وزمن محددين. ومن هنا أمكن المقارنة بينه وبين أنواع العلاج الدوائى بطريقة منهجية ومقننة. وقد أثبتت معظم الدراسات جدوى هذا العلاج، ليس فقط فى علاج الاكتئاب أو الأمراض العصابية، وإنما فى اضطرابات السلوك واضطرابات الشخصية بل فى الأمراض الذهانية. وحين قرأت كتاب جوديث بيك "العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد" أخذت به كثيراً، وقد اتبعت نصائحها بطريقة مباشرة وهى أن أبدأ فى علاج مريض مع دراسة الكتاب وتطبيق ما أتعلمه أولاً بأول، ولمست - ربما للمرة الأولى فى حياتى المهنية - نتائج مباشرة وظاهرة فى علاج المرضى. ووجدت أن الضرورة موضوعة على أن أقوم بنقله إلى العربية حتى يستطيع المعالج النفسى العربى سواء كان طبيباً نفسياً أو أخصائياً نفسياً أن يفهم بسهولة ماهية هذا العلاج والاستعانة به فى تعلم طرقه وتقنياته المختلفة. وقد أجمع الكثيرون من المعالجين النفسيين أن هذا الكتاب يعتبر الأهم من بين كتب العلاج المعرفى على الإطلاق، وأنه لا غنى عنه لأى راغب فى تعلم هذا النوع من العلاج. وحينما قابلت المؤلفة وأفصحت لها عن رغبتى فى ترجمة الكتاب، رحبت كثيراً بذلك، بل أبدت استعدادها لتقديم أى عون ممكن. وقد اتبعت منهجاً فى ترجمة هذا الكتاب، وهو كتابة المتن باللغة العربية الفصحى، وأما الحوار بين المعالج والمريض فقد آثرت أن أكتبه بالعامية لأضع القارئ فى جو

العلاج العملى، وقد اخترت اللهجة المصرية باعتبارها أكثر اللهجات شيوعاً فى عالمنا العربى، وبوصفها لهجة مفهومة لكل العرب.

وأخيراً لا يسعنى إلا أن أوجه خالص شكرى وتقديرى للزميل الفاضل الدكتور إيهاب الخراط الذى قام بمراجعة هذا الكتاب وأبدى ملاحظاته القيمة على بعض المصطلحات، وكذلك تصحيح الكثير من الأخطاء المطبعية مع فريقه المعاون..

والله ولى التوفيق.

طلعت مطر

تقديم

أرون بيك

ما الغرض من هذا الكتاب؟

ربما يثار هذا السؤال لدى قارئ هذا الكتاب، ولذا تجدر مناقشته في المقدمة. ولكي أجيب عن هذا السؤال لقراء كتاب جوديث بيك (العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد)، أريد أن أرجع بالقارئ إلى الأيام الأولى للعلاج المعرفي، وكيف تطور منذ تلك الأيام حينما بدأت أعالج مرضى مستخدمًا عدة طرق علاجية أسميتها فيما بعد (العلاج المعرفي). ولم تكن لدى أية فكرة حول الطريق الذي سأسلكه في هذا الاتجاه، والذي ابتعد كثيرًا عن تدريبي في التحليل النفسي. واعتمادًا على خبرتي الإكلينيكية وبعض الدراسات المنهجية رأيت أن ثمة خللاً جوهريًا في التفكير لدى مرضى الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق. وينعكس هذا الخلل بصورة منهجية على الطريقة التي يتقهم بها المرضى ويفسرون ما يمر بهم من تجارب حياتية معينة. ويتحدد هذا الخلل في التفسير ومحاولة تصحيحه باقتراح البدائل - أي احتمالات وتفسيرات أخرى لتجربة معينة - وجدت أنني أستطيع أن أقلل من الأعراض بصورة مباشرة. وتدريب المرضى على هذه المهارات المعرفية يمكنهم الاستمرار في التحسن والمحافظة عليه. وهذا التركيز على المشاكل الحالية أظهر تقريبًا تحسنًا كاملاً من الأعراض في غضون أسبوع إلى أربعة عشر أسبوعًا. وقد أيدت الدراسات الإكلينيكية التي أجريت بواسطة تلامذتي وأطباء ومعالجين من أماكن مختلفة فائدة هذا العلاج في الاكتئاب والقلق ونوبات الهلع. وأستطيع أن أزعم أنه في منتصف الثمانينيات استطاع العلاج المعرفي أن يأخذ مكانته بوصفه نظامًا علاجيًا متكاملًا؛ فهو يتكون من:

١- نظرية في الشخصية والسيكوباتولوجي مع وجود نتائج تجريبية (قوية أو

صادقة) تؤكد صحة فروضها.

٢- نموذج للعلاج النفسي مع مجموعة من القواعد والاستراتيجيات المندمجة مع نظرية السيكوباتولوجي.

٣- نتائج إكلينيكية وتجريبية قوية معتمدة على دراسات إكلينيكية مقننة تؤكد فعالية هذا العلاج .

ومنذ ذلك الوقت قام جيل جديد من المعالجين والباحثين والمعلمين بفحص النموذج المعرفى Cognitive Model، وقاموا بتطبيق العلاج المعرفى على مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة. وقد أوضحت هذه الدراسات المنهجية الأبعاد المعرفية الأساسية للشخصية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وفاعلية المعلومات الخاصة بكل اضطراب من هذه الاضطرابات، وكذلك العلاقة بين الضغوط المختلفة والقابلية للإصابة بالمرض.

ولقد تجاوز تطبيق هذا النوع من العلاج النفسى على مختلف الأمراض النفسية والطبية كل توقعاتى منذ أن بدأت أطبق هذه النظرية على بعض مرضى القلق والاكتئاب. وبالنسبة إلى فاعلية هذا العلاج فلقد أوضح الباحثون فى العالم كله، وبصفة خاصة فى الولايات المتحدة، أن لهذا العلاج فعالية فى مجموعة متنوعة من الأمراض النفسية مثل اضطراب الوسواس القهرى، والمخاوف على اختلاف أنواعها، وكذلك اضطرابات التغذية eating disorders. وغالبًا ما أثبت العلاج فعالية إذا أعطى مع العلاج الدوائى فى أمراض مثل الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب والفصام. ولقد وجد أيضًا أن العلاج المعرفى مفيد فى بعض الأمراض العضوية المزمنة مثل آلام أسفل الظهر والقولون العصبى وارتفاع ضغط الدم ومرض الوهن العام. ومع هذه المجموعة المتنوعة من تطبيقات العلاج المعرفى، كيف يمكن للمعالج الطموح أن يبدأ فى تعلّم مفاتيح هذا العلاج؟ واقتباسًا من "أليس فى بلاد العجائب" أبدأ من البداية.

هذا يأتى بنا ثانيةً إلى بداية المقدمة، وهو هدف هذا الكتاب لمؤلفته چوديث بيك، وهى واحدة من أبناء الجيل الجديد من المعالجين المعرفيين (والتي كانت فى سنّى صباها أول من استمع لى وأنا أعرض وأشرح هذه النظرية). إن هدف هذا الكتاب هو تقديم أساس متين لممارسة العلاج المعرفى. وعلى الرغم من التنوع

الهائل لتطبيقات هذا العلاج، فإنها كلها تعتمد على مبادئ أساسية قد تضمنها هذا الكتاب. وتوجد كتب أخرى بعضها من تأليفى قد تفوق القارئ فى متاهة هذه التطبيقات الخاصة المتعلقة باضطرابات معينة. وهذا الكتاب سوف يغنى عن هذه الكتب، كما أعتقد أنه كتاب أساسى فى العلاج المعرفى، كما أن المعالجين المحنكين سوف يجدون فى هذا الكتاب وسيلة مهمة لتقوية مهاراتهم فى صياغة المفاهيم وتدعيم دورهم فى التكنيكات العلاجية، والتخطيط للعلاج بطريقة أكثر فعالية، وكذلك حل المشكلات التى تواجههم.

وبطبيعة الحال، فإنه لا يوجد كتاب فى العلاج النفسى يُغنى عن الإشراف المباشر من قبل الأستاذ، ولكن هذا الكتاب مهم جداً، ويمكن أن يدعم بالإشراف والمتابعة من خلال شبكة من المعالجين المحنكين (انظر الملحق د).

والدكتورة جوديث بيك تستحق بجدارة أن تقدم هذا الكتاب لراغبي التعلم؛ فلقد أقامت - على مدى ١٠ سنوات - الكثير من ورش العمل والمؤتمرات، وألقت الكثير من المحاضرات فى العلاج المعرفى، وساعدت فى تطوير كثير من النماذج العلاجية للأمراض المختلفة، وشاركت فى الكثير من الأبحاث حول العلاج المعرفى. وبهذه الخلفية الواسعة استطاعت أن تكتب هذا الكتاب المحمّل بكثير من المعلومات الغزيرة لتطبيق هذا العلاج.

إن ممارسة العلاج المعرفى ليست بالأمر السهل؛ فلقد لاحظت بنفسى بعض المشاركين فى الأبحاث الإكلينيكية على سبيل المثال، والذين كانوا يتعاملون مع (الأفكار التلقائية) وليس لديهم فهم حقيقى لتصور المرضى عن عالمهم الشخصى أو أى إحساس بمبدأ (التجريب التعاونى). ولهذا، فإن مهمة الدكتورة جوديث بيك هى تعليم وتدريب كل من المعالج المبتدئ والمعالج الخبير فى العلاج المعرفى. ولقد نجحت بجدارة فى هذه المهمة.

د. آرون بيك



مقدمة المؤلفة

بينما كنت أقوم بتقديم ورش العمل والندوات المحلية والعالمية على مدار السنوات العشر الماضية، استرعى انتباهي ثلاثة أمور: أولها، الحماس المتنامي للعلاج المعرفي باعتباره واحدًا من النظم العلاجية القليلة ذات الاتجاه الموحد، والتي أثبتت جدواها عمليًا. وثانيًا، الرغبة القوية للعاملين في مجال الصحة النفسية لممارسة العلاج المعرفي بطريقة نظامية مسترشدين بصياغة قوية ومعرفة التكنيكات العلاجية المختلفة. ثالثًا، الكم الهائل من سوء الفهم والأفكار الخاطئة عن العلاج المعرفي مثل اعتباره مجرد مجموعة من التكنيكات؛ مما يقلل من شأن المشاعر والعلاقات العلاجية والتقليل من أهمية تأثير تجارب الطفولة والنشأة المبكرة على الاضطرابات النفسية.

ولقد أخبرني عدد لا حد له من المشاركين في الندوات أنهم يمارسون العلاج المعرفي لسنوات عديدة دون أن يدركوا أن هذا هو (العلاج المعرفي)، كما قابلت آخرين على دراية بالكتاب الأول في العلاج المعرفي، وهو "العلاج المعرفي للاكتئاب لأرون بيك وآخرين" (Beck, Rush Shaw, & Emery, 1979) "Cognitive therapy of Depression" ولقد جاهد هؤلاء لكي يتعلموا كيفية تطبيق هذا العلاج بطريقة أكثر فاعلية.

ولقد صمم هذا الكتاب لقطاع عريض من العاملين في مجال الصحة النفسية، والذين تعرضوا للعلاج المعرفي بطريقة أو بأخرى، وكذلك المحترفين الذين يريدون تحسين أدائهم في تكوين مفهوم معرفي عن مرضاهم وكيفية التخطيط الجيد للعلاج وتوظيف التكنيكات العلاجية المختلفة وتقييم نتائج علاجهم، وكذلك تحديد المشاكل التي تنشأ أثناء الجلسة العلاجية.

ولكي أستطيع تقديم المادة بأبسط طريقة ممكنة اتخذت مريضة واحدة كمثال خلال الكتاب كله. كانت "سالي" مريضتي حينما شرعت في كتابة هذا الكتاب منذ عدة سنوات. وكان علاجها مثالاً واضحاً للعلاج المعرفي القياسى لنوبة

اكتتاب قياسي بسيطة. ولتجنب الخلط، فلقد أشرت إلى سالى وكل المرضى الذين ذكروا في هذا الكتاب بوصفهم إنثاءً، وأما المعالجون فقد أشرت إليهم بوصفهم ذكوراً. ولقد قصدت بذلك أن أقدم المادة بالوضوح الممكن ومنع الخلط في فهم الكتاب، وكذلك استخدمت كلمة "مريضة" بدلاً من كلمة عميلة إشارة إلى خلفيتي الطبية في عملي. ويصف هذا الكتاب في العلاج المعرفي عملية الصياغة أو تكوين المفهوم المعرفي، والتخطيط العلاجي، وبناء الجلسات، والتعرف على المشاكل ذات الصلة، والتي تعود بالفائدة على المرضى. وعلى الرغم من أن الوسائل والتقنيات قد شرحت لتطبيق على حالة اكتتاب بسيطة، فإنها يمكن أن تطبق على مرضى يعانون من مشاكل متنوعة. ولقد تمت الإشارة إلى الاضطرابات الأخرى والمراجع المتاحة حتى يستطيع المعالج أن يفصل العلاج بطريقة مناسبة لكل حالة على حدة.

والحق أن هذا الكتاب لم يكن ليرى النور دون العمل الاختراقي الأساسي لوالد العلاج المعرفي، والذي هو والدي أيضاً، ذلك العالم المتميز والمنظر والمعالج معاً.

وتمثل أفكار هذا الكتاب عصارة سنوات كثيرة من ممارساتي الإكلينيكية والقراءة والإشراف العلاجي والمناقشات مع والدي وآخرين. ولقد تعلمت كثيراً من كل الذين أشرفوا عليّ وأشرفت عليهم، وكذلك المرضى الذين عملت معهم. وإنسى لأدين بالعرفان لكل هؤلاء.

بالإضافة إلى ذلك أود أن أقدم الشكر لكل الذين وجهوا إليّ الملاحظات أثناء كتابة هذا الكتاب وخصوصاً "كيفين كوهلويين"، و"كريستين بادسكي"، و"توماس إليس"، و"دونالد بيل آي"، و"توماس داود"، و"ريتشارد بوسس". وكذلك أقدم الشكر إلى "تينا انفورانزو" و"هيلين ويل"، و"بربارا شيري" الذين أعدوا النسخة المطبوعة، وكذلك "راشيل تانتشر ب.أ" و"هيوثر بدجدانوف ب.أ" الذين ساعدوا في وضع اللمسات النهائية لهذا الكتاب.

چوديث بيك

الفصل الأول

تأسيس العلاج المعرفى

تأسس العلاج المعرفى بواسطة آرون بيك فى جامعة بنسلفانيا فى أوائل الستينيات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجّه أساسًا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبى والسلوك المترتب عليه (Beck, 1964). ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك وآخرون فى تكيف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة

(Freeman & Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989)

(Scott, Williams, & Beck, 1989)

وقد غيرت هذه التعديلات من الهدف والتقنية ومدة العلاج، ولكن الإطار النظرى نفسه ظل ثابتاً. وباختصار شديد جدًا، فإن النموذج المعرفى يفترض أن التفكير المشوش والسلبى (الذى يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى) هو الغالب فى معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعى وتعديل التفكير يودى إلى تحسن فى المزاج والسلوك. واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفى السلوكى بواسطة منظرين

رئيسيين، ومن أهمها: العلاج العقلانى- الانفعالى Rational - Emotive Therapy

لألبرت إليس (Ellis, 1962)، والتعديل المعرفى السلوكى (Cognitive Behavioral

Modification)، لدونالد ميشينباوم (Meichenbaum, 1977) والعلاج المتعدد

الاتجاهات Multimodal therapy للزاروس (Lazarus, 1976).

وهناك إسهامات مهمة بواسطة آخرين كثيرين مثل ميشيل ماهونى (١٩٩١)، وفيتوريو جويدانو، وجيوفانى ليوتى (١٩٨٣). والمراجعات التاريخية الشاملة فى هذا الحقل تقدم وصفاً غنياً لكيفية نشوء التيارات المختلفة للعلاج المعرفى وتطورها (Arnkoﬀ & Glass, 1992; Hollon & Beck, 1993).

ويركز هذا الكتاب على نشأة العلاج المعرفى وتطوره بواسطة آرون بيك، ويتفرد بأنه نظام علاجى قائم على نظرية موحدة فى الشخصية والسيكوباتولوجى مدعمة بأدلة تجريبية واقعية، وتتميز بعلاج عملى ذى تطبيقات واسعة مدعمة ببيانات تطبيقية مشتقة بسلاسة من النظرية. وقد أخضع العلاج المعرفى للاختبار بتوسع منذ ظهور الدراسة الأولى التى نشرت عام ١٩٧٧ بواسطة روش وآخرين، (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977)

وقد أظهرت الدراسات المنظمة والمقارنة فعاليته فى علاج النوبات الاكتئابية العظمى (Major Depressive Disorder) (Dobson, 1989)، والقلق النفسى العام (Generalized Anxiety Disorder) (Butler Fennell, Robson & Gelder, 1991) واضطراب الهلع (Panic Disorder) (Barlow, Craske, Cerney & Klosko, 1989) (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright 1992; Clark, Salkovskis,) Social Phobia والرهاب الاجتماعى (Hackmann, Middleton & Gelder, 1992) (Fairburn,) (Agras et al, 1992) (Gelernter et al, 1991; Heimberg et al 1990) (Jones, Peveler, Hope & Doll, 1991; Garner et al, 1993) Inpatient والمرضى الداخليين (Baucom, Sayers & Scher, 1990) (Bowers, 1990; Miller, Norman,) Keitner, Bishop & Dow, 1989; Depression (Thase, Bowler, & Harden, 1991)

ويطبق العلاج النفسى حالياً فى العالم كله كعلاج منفرد أو إضافى لاضطرابات نفسية أخرى مثل الوسواس القهرى (Obsessive Compulsive Disorder) (Salkovskis & Kirk, 1989)، وعصاب الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder)

Personality واضطرابات الشخصية (Dancu&Foa,1992،Parrott & Howes,1991)
(Beck et al1990;Layden,Newman,Freeman&Morse1993;Young1990) Disorder
والاكتئاب المتكرر (R. DeRubeis)Recurrent Depression اتصال شخصى ١٩٩٣)
والألم المزمن (Miller,1991; Turk, Meichenbaum & Genest,1983) Chronic Pain
وتوهم المرض Hypochondriasis (Warwick & Salkovskis, 1989) والفصام
(Schizophrenia) (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994)،
(Perris, Ingelson & Johnson, 1993)

وقد درس استخدام العلاج المعرفى كذلك لغير المرضى النفسيين
كالمساجين وأطفال المدارس والمرضى العضويين المصابين بأمراض مختلفة
وكثيرين. وقد وجد بيرسون وبيرنس وويبرلوف (١٩٨٨) أن العلاج المعرفى فعال
للمرضى على اختلافهم من حيث التعليم والدخل والخلفية الاجتماعية، ولقد تكيف
ليعمل مع المرضى من جميع الأعمار من سن الطفولة المبكرة (Knell, 1993) إلى
المسنين. (Casey & Grant, 1993; Thompson,Davies, Gallagher & Krantz 1986).

وعلى الرغم من تركيز هذا الكتاب على العلاج الفردى، فإن العلاج
المعرفى أيضا قد حوّر ليستعمل فى العلاج الجمعى.

(Beutler et al, 1987; Freeman, Schrodt, Gilson, & Ludgate, 1993)

وعلاج مشاكل الأزواج (Baucom&Epstein,1990;Dattilio & Padesky,1990)

والعلاج الأسرى Family Therapy

(Bedrosian & Bozicas,1994; Epstein, Schlesinger & Dryden,1988)

ولكن مع كل هذه التعديلات، كيف يظل العلاج المعرفي مميزًا في كل أشكال العلاج المعرفي التي انشقت عن نموذج بيك؟ يعتمد العلاج على كل من الصيغة المعرفية لاضطراب معين وإمكانية تطبيقها على ضوء فهمها للمريض. وينشد المعالج - بأساليب مختلفة- إلى تغيير طريقة تفكير المريض ومعتقداته بهدف إحداث تغيير دائم في مشاعره وسلوكه. ولكي نصف مفاهيم العلاج المعرفي وعملياته فقد اخترنا حالة واحدة كمثال في كل فصول هذا الكتاب.

"سالى" فتاة عزباء في الثامنة عشرة من عمرها، وهي تعتبر حالة مثالية من جوانب كثيرة، وعلاجها يمثل بوضوح مبادئ العلاج المعرفي، ولقد جاءت لطلب العلاج أثناء الفصل الثانى من عامها الجامعى التمهيدى؛ لأنها كانت تعاني من اكتئاب شديد مع قلق فى الشهور الأربعة الأخيرة؛ مما أثر على أدائها الدراسى ونشاطها العام. وفى الواقع كنت قد شخصت حالتها على أنها نوبة اكتئاب جسيم متوسط الشدة طبقاً للدليل الشخصى الرابع للاضطرابات النفسية التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسى (DSM-IV).

وسوف نقدم وصفًا شاملاً لحالتها فى الفصل القادم وملحق (أ)، والمشهد التالى من جلسة سالى العلاجية الرابعة يقدم لنا نموذجًا مثاليًا من التدخل العلاجى المعرفى. ولقد تم هنا تحديد مشكلة مهمة بالنسبة للمريضة، مرتبطة بفكرة سلبية قد تم التعرف عليها وتقييمها ثم وضعت خطة منطقية لعلاجها، ثم تم تقييم فاعلية التدخل العلاجى.

المعالج: كويس. إنتى كنتى عاوزة تتكلمى عن مشكلة فى إنك تلاقى شغل بعد الظهر.

المريضة: أبوة أنا محتاجة فلوس. بس مش عارفة.

المعالج: (ملاحظًا أن المريضة تبدو أكثر اكتئابًا) إيه اللى بيدور فى مخك دلوقت

المريضة: أنا مش حاقدر أمشى فى أى شغلانة.

المعالج: ودا بيخليكى تشعري بايه؟

المريضة: حزينة، محبطة فعلاً.

المعالج: يعنى إنتى عندك الفكرة دي: (أنا مش حانفع فى أى شغلانة). والفكرة دي بتخليكى حزينة؟ لكن إيه الدليل إنك مش حانتفعى فى أى شغلانة؟

المريضة: أنا حتى مش قادرة أمشى فى دروسى.

المعالج: كويس، وإيه تانى؟

المريضة: مش عارفة. أنا لسة تعبانة، صعب علىّ خالص إنى حتى أروح أدور على شغل، مش أروح الشغل كل يوم.

المعالج: دقيقة حنقف عند النقطة دي شوية. ممكن فعلاً يكون أصعب على الواحد يدور على الشغل من أنه يروح الشغل بتاعه كل يوم. عندك دليل تانى إنك ما تقدرش على الشغل (على فرض إنك بتشتغلى فعلاً)؟

المريضة: لا.. مش بفكر فى كدة.

المعالج: طيب، فيه أى دليل على العكس، على إنك تقدرى على الشغل؟

المريضة: أنا اشتغلت السنة اللي فاتت مع إنى كان عندى مدرسة ونشاطات أخرى. بس السنة دي.. مش عارفة...!

المعالج: أى دليل تانى إنك تقدرى تشتغلي؟

المريضة: مش عارفة. ممكن أعمل حاجة ما تخدمش وقت كثير ومتكونش صعبة قوى.

المعالج: ودى ممكن تكون إيه؟

المريضة: شغلانة بائعة مثلاً.. أنا عملت كدة السنة اللي فاتت.

المعالج: عندك فكرة دى ممكن تكون فين؟

المريضة: الحقيقة ممكن تكون فى مكتبة الجامعة. أنا قرّبت إعلان إنهم عاوزين موظفين.

المعالج: كويس.. إيه ممكن تكون أسوأ الاحتمالات إذا لقيت شغل فى مكتبة الجامعة؟

المريضة: يمكن ما أقدرش أشتغل كويس.

المعالج: ولو ده حصل، يا ترى حتقدرى تعيشى ولا لأ؟. إيه اللى ممكن يحصل؟

المريضة: طبعاً.. حاستقيل وخلص.

المعالج: وإيه أحسن الاحتمالات؟

المريضة: إنى أقدر أشتغل بسهولة.

المعالج: وإيه الحاجة الواقعية؟

المريضة: ممكن ما يكونش سهل فى الأول لكنى أقدر أعمله مع الاستمرار والتدريب.

المعالج: إيه تأثير الاعتقاد بالفكرة الأولى (أنا مش حأقدر أعمل أى شغل).

المريضة: بتخلينى حزينة، بتخلينى حتى ما حاولش.

المعالج: وإيه تأثير تغيير أفكارك، فى إنك أدركت إنك ممكن تشتغلى فى مكتبة؟

المريضة: حاحس إنى أحسن، حاحس إنى أحاول أتقدم للشغل.

المعالج: وإنت ناوية تعملى إيه؟

المريضة: أروح أقدم على شغل، ممكن أروح النهارده بعد الظهر.

المعالج: قد إيه احتمال إنك تروحي؟

المريضة: أنا بيتيها لى.. أروح، حاروح إن شاء الله.

المعالج: وحاسه بايه دلوقت؟

المريضة: ممكن أحسن شوية، شوية قلقانه، بس شوية عندى أمل.. يمكن!

وهنا نلاحظ أن سالى تستطيع بسهولة التعرف على أفكارها الخاطئة أو المعطلة وتقييمها (أنا مش ها أقدر على أى شغل) وبأسئلة مقننة (انظر الفصل الثامن) نرى أن كثيرًا من المرضى الذين يعانون من مشكلة مماثلة يتطلبون جهدًا علاجيًا أكبر بكثير من أجل إدراك ذلك. وعلى الرغم من ضرورة تفصيل العلاج المناسب على حسب الحالة، فإن هناك مبادئ معينة يتميز بها العلاج المعرفى أهمها:

المبدأ رقم (١):

إن العلاج المعرفى يُبنى أساسًا على التقييم المتنامى والمستمر للمريضة ومشاكلها فى صيغة مصطلحات معرفية. فمعالج سالى ينظر إلى متاعبها فى إطارات زمنية ثلاثة؛ فهو فى البداية يحدد طريقة تفكيرها الحالية التى تساعد على شعورها المستمر بالحزن (أنا فاشلة، أنا معرفش أعمل حاجة صح، أنا عمري ما هكون مبسوطه) وسلوكها المضطرب أو الإشكالى (الاعتزال عن الناس وبقاؤها فترة طويلة فى الفراش وتجنب طلب المساعدة). وتتبع هذه التصرفات من أفكار سالى السلبية وبالتالي تدعمها. وثانيًا، فهو يحدد العوامل المرسبة التى أثرت فى إدراك سالى فى بداية مرضها (كونها بعيدة عن منزلها للمرة الأولى ومعاناتها فى الدراسة ساعدت فى تدعيم اعتقادها بأنها غير كفاء). ثالثًا، يضع المعالج فرضية عن نشأتها والأحداث المحيطة بتربيتها والنماذج الثابتة فى تفسير هذه الأحداث التى جعلتها عرضة للاكتئاب (على سبيل المثال فإن سالى لديها ميول قديمة لتفسير النجاح وقوة الشخصية بحسن الحظ، ولكنها تنظر إلى ضعفها النسبى على أنه انعكاس لشخصيتها الحقيقية)، ويبنى المعالج هذه الافتراضات بناء على المعلومات

التي أوردتها سالى فى اللقاء الأول. ويستمر فى تنقيح هذه الافتراضات والمفاهيم طوال فترة العلاج؛ حيث تظهر دائماً معلومات جديدة. وعند نقاط استراتيجية يشرك معه المريضة فى تصور هذه المفاهيم ليتأكد من ملامستها للواقع بالنسبة إليها. وعلاوة على ذلك، فأثناء العلاج يساعد سالى على أن تنظر إلى تجربتها من خلال النموذج المعرفي؛ فمثلاً يساعدها على أن تتعرف على أفكارها المصاحبة لمشاعرها السلبية، وأن تقيم وتصوغ استجابات أكثر تكيفاً لأفكارها. وبذلك يتحسن لديها إحساسها بمشاعرها، وغالباً ما تؤدي إلى التصرف بطريقة أكثر إيجابية.

المبدأ رقم (٢):

يتطلب العلاج النفسى تحالفاً علاجياً سليماً، وبالنسبة إلى سالى - مثل كثير من المرضى المصابين باكتئاب بسيط مع قلق - لا تجد صعوبة كبيرة فى أن تثق أو أن تعمل مع معالجها الذى يظهر كل المقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفاع والمواجهة^(١) والرعاية والاحترام الحقيقى والكفاءة. ويعبر المعالج عن احترامه لمشاعر سالى بترديد عبارات تعاطفية والاستماع بعناية وانتباه، ويلخص مشاعرها وأفكارها بدقة، ويكون متفائلاً بواقعية، وكذلك يسأل سالى فى نهاية كل جلسة عن انطباعها أو رد فعلها ليتأكد أنها قد فهمت جيداً، وأن مشاعرها إيجابية تجاه الجلسات. وبالنسبة إلى المرضى الآخرين، وخصوصاً الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، يتطلب الأمر تشديداً أكثر بكثير على العلاقة العلاجية من أجل إقامة تحالف علاجى جيد. (Beck et al, 1990) (Young, 1990) وإذا تطلبت حالة سالى ذلك؛ فلقد كان على المعالج أن يقضى وقتاً أطول فى بناء ذلك التحالف بأساليب متنوعة، ومنها على سبيل المثال أن يطلب من سالى بطريقة دورية التعرف على مشاعرها نحوه وتقييمها.

(١) المواجهة: ترجمة للكلمة الإنجليزية empathy التى تعنى حرفياً الدخول إلى عالم الخبرة الداخلية العميقة لشخص آخر.

والوجود هو أدق ترجمة للكلمة اليونانية الأصلية Pathos والمواجهة على وزن مفاعلة. (المراجع)

المبدأ رقم (٣):

يؤكد العلاج المعرفى التعاون والمشاركة الفعالة.

إن معالج سالى يشجعها على أن ترى العلاج على أنه عمل جماعى؛ فعليهما أن يقررا معاً أشياء كثيرة، مثل: ماذا عليهما أن يناقشا فى كل جلسة، وكم عدد المرات التى عليهما أن يتقابلا فيها، وماذا على سالى أن تعمل بين الجلسات كواجب منزلى. وفى البداية يكون للمعالج دور أكبر فى اقتراح التوجيهات للجلسات العلاجية وتلخيص ما تم مناقشته خلال الجلسات. وحين تصبح سالى أقل اكتئاباً وأكثر تعوداً على العلاج يساعدها على أن تكون أكثر فعالية فى الجلسات، مقرررة أى المواضيع التى تريد مناقشتها، متعرفة على التشوهات الكائنة فى تفكيرها، ملخصة للنقاط المهمة، وتكون مصممة لمهمات الواجب المنزلى.

المبدأ رقم (٤):

إن العلاج المعرفى هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما. يطلب المعالج من سالى فى الجلسة الأولى أن تعدد مشاكلها، وأن تضع أهدافاً معينة لعملية العلاج. فهناك - على سبيل المثال - مشكلة أولية، وهى شعورها بالعزلة، وبتوجيهات المعالج تقرر سالى هدفاً واضحاً فى عبارات سلوكية، وهو إقامة صداقات جديدة، وأن تصبح أكثر حميمية مع الأصدقاء الحاليين. ويساعدها المعالج على تقييم الأفكار التى تعطل هذا الهدف والاستجابة لها مثل (أنا ما عنديش حاجة أقدمها أكثر من كده) (يمكن هم مش عايزين يبقوا معاً). فهو أولاً يساعدها على تقييم مصداقية هذه الأفكار فى المكتب عن طريق البحث عن دليل على صحتها، ثم تصبح سالى مستعدة لاختبار هذه الأفكار بطريقة مباشرة من خلال التجارب التى تبادر فيها بالخطط مع معارف وأصدقاء. وعندما تتعرف على التشوش فى أفكارها ومحاولة تصحيحه تصبح سالى قادرة على الاستفادة من الحل المباشر للمشاكل لكى تحسن علاقاتها. وهكذا يوجه المعالج اهتماماً خاصاً للعقبات

التي تعيق سالى فى حل مشاكلها والتوصل إلى أهدافها بمفردها. وكثير من المرضى الذين كانوا يحققون تكيفاً جيداً قبل بداية مرضهم لا يحتاجون إلى تدريب مباشر لحل مشاكلهم. وبدلاً من ذلك يستفيدون من تقييم أفكارهم السلبية أو المعطلة، والتي تعطل استخدامهم لمهاراتهم المكتسبة سابقاً، ولكن مرضى آخرين يعانون من ضعف فى مهارة حل المشاكل يحتاجون إلى تعليمات مباشرة لكي يتعلموا هذه الاستراتيجيات. ولذلك فعلى المعالج أن يكون مفهومًا وواضحًا فى عرض صعوبات المريضة الخاصة، ويقرر المستوى المناسب للتدخل.

المبدأ رقم (٥):

يركز العلاج المعرفى على الحاضر.

إن علاج كثير من المرضى يتضمن تركيزاً قوياً على المشاكل الحالية، وعلى المواقف التي تؤلمهم؛ فالتقييم الواقعي للمواقف المؤلمة الحالية والعمل على حلها سوف يؤدي إلى تحسن فى الأعراض. ولذلك يميل المعالج المعرفى بصفة عامة إلى بدء العلاج بفحص المشاكل الحالية بغض النظر عن التشخيص الإكلينيكي. ويتحول التركيز على الماضى فى حالات ثلاث: حينما يعبر المريض عن نزوع شديد لذلك، وحينما لا يعطى التركيز على المشاكل الحالية النتيجة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك، أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعطلة، وكيف أن هذه الأفكار تؤثر فى المريض حالياً. فمعالج سالى - على سبيل المثال - يناقش معها أحداث الطفولة فى منتصف العلاج ليساعدها على التعرف على مجموعة من الاعتقادات التي ترسخت لديها منذ طفولتها (إذا أنا حققت نجاحاً عالياً، معنى ذلك إنى شخص طبيعى أو معقول، وإذا لم أحقق نجاحاً عالياً، معنى ذلك إنى فاشلة). وهنا يساعدها المعالج على تقييم مصداقية هذه المعتقدات سواء فى الماضى أو فى الوقت الحاضر. وهكذا يساعد سالى - جزئياً - على تنمية معتقدات أكثر فاعلية، وأكثر معقولة. ولكن إن كانت

سالى تعاني من اضطرابات فى الشخصية، فسوف يضطر المعالج إلى بذل مزيد من الوقت فى استقصاء تاريخها التطورى والأصل الطفولى لمعتقداتها والسلوك المصاحب لهذه المعتقدات.

المبدأ رقم (٦):

إن العلاج المعرفى هو علاج تعليمى فى الأساس، ويهدف إلى تعليم المريضة كيف تكون معالجة لنفسها، ويركز على تجنب الانتكاسات. ففى جلستها الأولى يعلم المعالج سالى طبيعة ومسار مرضها وعملية العلاج المعرفى، وعن النموذج المعرفى (أى كيف تؤثر أفكارها فى مشاعرها وسلوكها)، وأنه ليس فقط يعلمها كيف تحدد أهدافها وكيف تتعرف وتمتحن أفكارها ومعتقداتها، وأن تخطط لتغيير سلوكها، ولكنه أيضا يعلمها كيف تفعل ذلك؛ فهو يشجعها فى كل جلسة أن تسجل (كتابة) الأفكار المهمة التى تعلمتها، وبذلك يمكنها الاستفادة من فهمها الجديد فى الأسابيع التالية، وكذلك بعد نهاية علاجها.

المبدأ رقم (٧):

يهدف العلاج المعرفى أن يكون مستهدفا بزمن.

وأغلب المرضى ذوو الاكتئاب البسيط الواضح أو القلق النفسى يتطلب علاجهم من أربع إلى أربع عشرة جلسة.

ومعالج سالى له نفس الأهداف بالنسبة إليها وبالنسبة إلى كل مرضاه، وهى أن يحقق التخلص من الأعراض، وتسهيل عملية الشفاء من المرض، ومساعدتها على حل أكثر مشاكلها إلحاحًا، وتعليمها الأدوات التى تستطيع بها تجنب الانتكاسة. وتتطلب حالة سالى جلسة واحدة أسبوعيًا (أما فى حالة إذا كان اكتئابها أكثر شدة أو لديها ميول انتحارية، يمكنها ترتيب أكثر من جلسة كل أسبوع). وبعد مضى شهرين يقرران معًا أن يجربا جلسات نصف شهرية، ثم

شهرية وحتى بعد نهاية العلاج يخططان لجلسات تعزيزية كل ثلاثة أشهر لمدة عام.

وقد لا يحرز كل المرضى تقدماً كافياً في شهور قليلة؛ فقد يحتاج بعض المرضى إلى عام أو عامين (أوربما أكثر) لتطويع معتقدات سلبية جامدة وأنماط من السلوك قد أسهمت في محنتهم المزمنة.

المبدأ رقم (٨):

إن جلسات العلاج المعرفي مقننة.

فأياً كان التشخيص أو المرحلة العلاجية يميل المعالج المعرفي إلى الالتزام ببنية ثابتة في كل جلسة؛ فيسأل المعالج سالي عن مزاجها، ويراجع معها بسرعة ما مرّ في الأسبوع الفائت، ويعمل معها على إعداد أجندة الجلسة، ويستنبط المردود Feedback من الجلسات السابقة، ويراجع الواجب المنزلي، ويناقش بنود الأجندة، ويعد واجباً منزلياً جديداً، وعليه باستمرار أن يُلخص ما دار في الجلسات، ويستعلم عن المردود في نهاية كل جلسة، ويظل هذا البنبان ثابتاً طوال فترة العلاج. وكما تحسنت حالة سالي يشجعها المعالج على أن تتولى هي إعداد الأجندة، وإعداد الواجب المنزلي، وتقييم أفكارها، وكيفية الاستجابة لها. وياتباع شكل محدد تكون عملية العلاج مفهومة لكل من سالي والمعالج، ويريد من إمكانية أن تصبح سالي قادرة على علاج نفسها بنفسها بعد نهاية العلاج. وهذا الشكل المحدد يركز على ما هو مهم بالنسبة إلى سالي، ويحقق أقصى حد من الاستفادة من وقت العلاج.

المبدأ رقم (٩):

يُعلم العلاج المعرفي المرضى كيف يتعرفون ويقيمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم السلبية أو المعطلة. والمقتطف الذي قدم في بداية هذا الفصل يوضح كيف أن معالج سالي يساعدها في التركيز على مشكلة معينة (البحث عن

عمل مؤقت) والتعرف على أفكارها المعطلة (بسؤالها عما يدور في رأسها) وتقييم مصداقية أفكارها (بالسؤال عن الأدلة التي تدعم فكرتها والأدلة التي تدحضها) وكيفية إعداد خطة عمل. وهو يفعل ذلك من خلال أسئلة سقراطية لطيفة تدعم إحساس سالي بأنه فعلا مهتم بالتجريب التضافري (Collaborative Empiricism) الذي يساعدها على التعرف على دقة وجدوى أفكارها عن طريق مراجعة المعطيات (بدلاً من تحديها أو حثها على تبني أفكاره)، وفي جلسات أخرى يستعمل الاكتشاف الموجه (Guided Discovery)، وهي عملية يقوم فيها المعالج بالاستفسار المستمر عن معاني أفكارها لكي يكشف عن المعتقدات التحتية التي تتمسك بها تجاه نفسها والعالم والناس الآخرين وعن خلال الأسئلة يستطيع أيضاً أن يرشدها إلى تقييم مصداقية وفاعلية معتقداتها.

المبدأ رقم (١٠):

يستخدم العلاج تقنيات وطرقاً مختلفة لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك.

على الرغم من أن الاستراتيجيات المعرفية مثل الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه هي أساسية في العلاج المعرفي فإنه يمكن استخدام تقنيات من اتجاهات علاجية أخرى (مثل العلاج السلوكي والعلاج الجشطالتي في الإطار المعرفي). وهنا يختار المعالج تقنيات مبنية على صياغته للحالة وطبقاً لأهدافه في جلسات معينة.

وتتطبق هذه المبادئ الأساسية على كل الحالات، ولكن العلاج على الرغم من ذلك قد يختلف - إلى حد بعيد - من مريض إلى آخر، وذلك نظراً إلى طبيعة مشكلاتها وأهدافها وقدرتها على تكوين علاقة علاجية قوية ودوافعها للتغيير، وتجاربها السابقة مع العلاج، وكذلك تفضيلها لطريقة العلاج. إن التركيز في العلاج يراعى خصوصية المرض الذي يعاني منه المريض؛ فالعلاج المعرفي للقلق

النفسي العام يركز على إعادة تقدير الخطر في مواقف معينة وإمكانيات الشخص على التعامل مع التهديد (Beck & Emery, 1985). وعلاج حالات الهلع (Panic Disorder) يتضمن اختبار التأويل الكارثي الخاطئ لدى المرضى للأحاسيس الجسمية أو العقلية (غالبًا ما يكون توقعًا لخطر يهدد الحياة أو سلامة العقل) (Clark, 1989). وعلاج فقدان الشهية العصبي Anorexia يهتم بالقيمة الشخصية للمريضة والتحكم في الذات (Garner & Bemis, 1985). ويركز علاج الإدمان وسوء استخدام العقاقير المخدرة drug abuse على المعتقدات السلبية المتعلقة بالذات والمتعلقة بالتسهيل أو السماح لنفسه بتناول العقاقير وتغيير أفكار معينة عن هذه العقاقير (Newman & Liese, 1993, Wright, Beck)، ويوجد وصف مختصر لهذه الاضطرابات واضطرابات أخرى في الفصل السادس عشر.

تطور المعالج المعرفي:

يبدو العلاج المعرفي لبعض المبتدئين بسيطاً بطريقة خادعة؛ فالنموذج المعرفي (أى أن أفكار الشخص تؤثر في مشاعره وسلوكياته) يبدو واضحاً وبسيطاً. والمعالج المحترف يستطيع إنجاز مهام كثيرة فى آن واحد مثل صياغة الحالة (أو وضع نظرية منهجية) وإقامة علاقة علاجية وتأهيل وتعليم المريضة للعلاج المعرفي والتعرف على المشاكل وجمع المعلومات واختيار النظرية والتلخيص.

وأما المعالج المبتدئ - على عكس ذلك - فعليه أن يكون أكثر تأنيلاً ومنهجية وتركيزاً على عنصر واحد فى وقته. وعلى الرغم من أن الغاية النهائية هى مزج كل العناصر وإدارة العلاج بكل الكفاءة والكفاية الممكنة، فإن المعالج المبتدئ عليه أن يتعلم جيداً تقنيات العلاج المعرفي، والتي تنفذ بطريقة مباشرة ومستقيمة. وتنمية الاحتراف كمعالج معرفي يمكن أن ينظر إليها فى ثلاث مراحل

(هذه الأوصاف تفترض مسبقاً براعة المعالج فى إظهار المواجهة والاهتمام والكفاءة لمرضاه).

فى المرحلة الأولى: يتعلم المعالجون كيف ينظمون أو يبنون الجلسات، وكيف يستخدمون التقنيات الأساسية فى وضع مفهوم عن الحالة فى مصطلحات معرفية مبنية أساساً على تقييم الحدس والمعلومات المستمدة من الجلسات.

وفى المرحلة الثانية: يبدأ المعالجون فى إدماج مفهومهم عن الحالات مع المعارف التقنية، ويعملون على تقوية قدراتهم لفهم سير العلاج، ويصبحون أكثر قدرة على التعرف بسهولة على الأهداف الدقيقة للعلاج. ويصبح المعالجون أكثر مهارة فى تكوين المفهوم عن المرض والمرضى وتقيح تلك المفاهيم فى أثناء فترة العلاج نفسها واستخدامها فى اتخاذ القرارات المناسبة للتدخل العلاجى، ويتوسع المعالجون فى الأداء التكنيكي، ويصبحون أكثر خبرة فى اختيار التوقيت والتزود بالأدوات التقنية المناسبة.

وفى المرحلة الثالثة: يدمج المعالجون تلقائياً المعلومات الجديدة إلى مفهومهم الأولى. وينقحون قدراتهم على عمل فرضية لتؤكد أو تنفى نظرتهم للمرضى. ويمكنهم حينئذ إجراء التغيير المناسب فى شكل أو قوام الجلسات، وخصوصاً مع الحالات الصعبة مثل حالات اضطرابات الشخصية.

كيف يستخدم هذا الكتاب؟

لقد صمّم هذا الكتاب من أجل أفراد فى مراحل مختلفة من حيث الخبرة والمهارة، والذين يفتقرون إلى المهارات الأساسية فى المفهوم والعلاج المعرفي. وإنه لمن الضرورى أن نتعلم جيداً العناصر الأساسية للعلاج المعرفي حتى نتمكن من فهم كيف ومتى نعدل من شكل ونمط العلاج لكل مريض على حده.

إن نموك كـمعالج معرفى سوف يتعزز إذا بدأت بتطبيق الوسائل الموصوفة فى هذا الكتاب على نفسك أولاً، وبينما أنت تقرأ ابدأ بتكوين مفهوم عن أفكارك ومعتقداتك، وفى الفصل القادم سوف تتعلم أكثر عن النموذج المعرفى.

أى كيف أن مشاعرك العاطفية تكون متأثرة بكيفية إدراكك لموقف معين، وخصوصاً بما يدور فى رأسك. ولنبدأ الآن بالانتباه لتحولاتك الشعورية حينما تلاحظ أن مزاجك بدأ يتغير أو يشتد فى الاتجاه السلبى أو حينما تشعر بأحاسيس جسمانية مرتبطة بتلك المشاعر السلبية اسأل نفسك، ما المشاعر التى تتابك الآن؟ وكذلك السؤال الأساسى والرئيسى فى العلاج المعرفى:

ما الذى يدور الآن فى ذهنى؟

بهذه الطريقة تعلم نفسك كيفية التعرف على أفكارك، وخصوصاً أفكارك التلقائية التى سوف تفسر بصورة أشمل فى الفصل القادم. وبتعليم نفسك المهارات الأساسية للعلاج المعرفى مستخدماً نفسك كموضوع سوف يعزز قدراتك على تعليم مرضاك المهارات نفسها.

وإنه لمن الأهمية بمكان أن تتعرف على أفكارك التلقائية (Automatic Thoughts) بينما تقرأ هذا الكتاب وفى أثناء محاولتك العلاجية مع مرضاك. فإذا شعرت مثلاً أنك متضايق قليلاً اسأل نفسك: ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟ ويمكن أن تكشف بعض الأفكار التلقائية مثل:

هذا صعب جداً

قد لا أكون قادراً على تعلم ذلك جيداً

"لا يبدو ذلك مريحاً لي"

ماذا لو جربت ولم ينفع؟

والمعالج المحترف الذى لم يكن العلاج المعرفى من توجهاته الأولية قد يكون واعياً لمجموعة أخرى من الأفكار التلقائية.

"هذا لا يغير"

"المريض لن يحب ذلك"

"إنه سطحي جداً، وغير تعاطفي وبسيط للغاية"

وبكشف أفكارك، يمكنك تدوينها ثم أعد تركيزك فى القراءة أو تحول إلى الفصل الثامن والتاسع اللذين يخبرانك عن كيفية تقييم وكيفية الاستجابة لتلك الأفكار التلقائية.

وبتسليط الضوء على أفكارك التلقائية، لن تتمكن فقط من تعزيز مهاراتك العلاجية، بل سيمكنك أيضاً أن تعدل من أفكارك المعطلة، والتي تؤثر على مزاجك (وسلوئك)، وتجعل نفسك أكثر قدرة على التعلم.

إن تشابهاً شائعاً يستخدم مع المرضى، ينطبق أيضاً على المعالج المعرفى المبتدئ، وهو أن تتعلم مهارات العلاج المعرفى مثل تعلم أى مهارات أخرى. هل تذكر أول مرة تعلمت فيها القيادة أو الطباعة أو استخدام الكمبيوتر؟

فى البداية شعرت أنك متعثر ومرتبك، ألم تكن تبذل كثيراً من الاهتمام للتفاصيل الصغيرة والحركات التى تفعلها الآن بطريقة تلقائية؟

هل شعرت مطلقاً بفقدان الحماس؟

ومع تقدمك ألم تشعر بأن العملية أصبحت سهلة، وأنت تشعر بالارتياح؟

ألم تصبح ماهراً بالقدر الكافى بحيث أصبحت تمارس هذه العمليات بسهولة أكثر وثقة؟

إن معظم الناس قد مروا بهذه التجربة في تعلمهم لمهارة معينة أصبحوا الآن يجيدونها.

إن عملية التعلم هذه هي نفسها ما ينطبق على المعالج المعرفى المبتدئ، وبينما تريد أن تتعلم من أجل مرضاك اجعل أهدافك صغيرة، ومحددة وواقعية، افخر بنفسك إذا حصلت على نتائج صغيرة، قارن بين تقدمك وبين مستوى قدراتك حينما بدأت في قراءة هذا الكتاب أو عندما بدأت في تعلم العلاج المعرفى.

كن واعيًا لكى تستجيب لأفكار السلبية فى الأوقات التى تقارن نفسك فيها ظلمًا بمعالج معرفى محترف أو التى تخسف قدر نفسك فيها حينما تقارن بين قدراتك الحالية وغاياتك البعيدة فى أن تصبح معالجًا محترفًا.

وأخيرًا، فإن فصول هذا الكتاب قد صممت لكى تقرأ بالترتيب الوارد، وربما كان القراء متلهفين إلى تخطى فصول المقدمة لكى يقفروا إلى الفصول التى تناقش التكنيك والعلاج، لكنك مطالب بإلحاح أن تقرأ الفصل القادم عن "تكوين المفهوم" "Conceptualization" بعناية شديدة؛ حيث إن الفهم الجيد للشكل المعرفى هو الأساس الذى عليه نختار التكنيك اللازم بفاعلية. والفصول الثالث والرابع والخامس ترسم قوام الجلسات العلاجية، وأما الفصول من السادس إلى الحادى عشر فتشرح اللبنة الأساسية للعلاج المعرفى مثل التعرف على الأفكار التلقائية والمعتقدات والاستجابة التكيفية لهذه الأفكار والمعتقدات. وأما فى الفصل الثانى عشر فهناك وسائل علاجية معرفية إضافية، وسوف يناقش التخيل فى الفصل الثالث عشر، وأما الفصل الرابع عشر فيناقش الواجب المنزلى، ويرسم الفصل الخامس عشر الخطوط العريضة للموضوعات المتعلقة بإنهاء العلاج ومنع الانتكاسة، وكل هذه الفصول تضع الأساس للفصلين السادس عشر والسابع عشر المتعلقين بالتخطيط العلاجى وتشخيص المشكلة، وأخيرًا يقدم الفصل الثامن عشر إرشادات نحو النمو كمعالج معرفى.

الفصل الثانى

التصور المعرفى

إن تكوين المفهوم أو التصور المعرفى Cognitive Conceptualization هو الإطار الأساسى لفهم المعالج لمريض ما؛ فهو يسأل نفسه الأسئلة التالية لكى يبدأ عملية صياغة (وضع نظرية) لحالة ما.

ما تشخيص المريضة؟

ما مشاكلها الحالية؟ وكيف بدأت هذه المشاكل وعوامل استمرارها؟

ما الأفكار المعطلة والمعتقدات المتعلقة بهذه المشاكل؟ وما التفاعلات (العاطفية - الفسيولوجية - السلوكية) المرتبطة بأفكارها؟

ثم يضع المعالج فرضيته عن كيف أصيبت هذه المريضة بهذا الاضطراب النفسي.

- ما التجارب والتعليم المبكر (وربما العوامل الوراثية) التى أثرت فى مشاكلها الحالية؟
- ما معتقداتها التحتية (ويشمل ذلك الاتجاهات أو المواقف والتجارب، وقيمها الأخلاقية؟
- كيف تغلبت على معتقداتها المعطلة؟ ما الآليات المعرفية والعاطفية والسلوكية والجسمانية الإيجابية والسلبية التى تكونت لديها لتتغلب على هذه المعتقدات المعطلة؟ كيف كانت ترى نفسها؟ وكيف تراها الآن؟ وكيف ترى الآخرين وعالمها الشخصى ومستقبلها؟
- ما الضغوط التى أسهمت فى مشكلاتها النفسية أو التى أثرت فى قدرتها على حل هذه المشكلات؟

ثم يبدأ المعالج فى بناء المفهوم المعرفى خلال اللقاء الأول مع المريضة، ويستمر فى تنقيح هذا المفهوم على مدار الجلسات وحتى آخر جلسة.

إن هذا المفهوم يساعد على وضع خطة علاجية فعالة ومؤثرة (Person,1989) وفى هذا الفصل سوف يناقش النموذج المعرفى، وهو الأساس النظرى للعلاج المعرفى، وكذلك سوف نناقش العلاقة بين الأفكار والمعتقدات، وسوف نقدم حالة "سالى" كمثال طوال هذا الكتاب.

النموذج المعرفى:

يقوم العلاج المعرفى أساساً على النموذج المعرفى، والذى يفترض أن مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث. إنه ليس موقفاً بذاته هو الذى يحدد كيف يشعر الناس، ولكنها الطريقة التى يفسرون بها ذلك الموقف (Beck,1964; Ellis,1962). تخيل مثلاً مجموعة من الناس يقرءون كتاباً عن العلاج المعرفى، سوف تجد اختلافات عاطفية كثيرة فى الاستجابة لهذا الموقف معتمدين على ما يجرى فى أدمغتهم بينما هم يقرءون.

- القارئ "أ" يفكر كالتالى "نعم، هذا حقاً كتاب ذو معنى، أخيراً وجدت كتاباً ليعلمنى كيف أكون معالجاً جيداً" .. وهنا يشعر القارئ "أ" بأنه منتعش.

- القارئ "ب" من ناحية أخرى يفكر هكذا "هذه المادة سطحية ومبسطة جداً، لا أعتقد أنها تجدى"، ويشعر بالإحباط.

- القارئ "ج" لديه الأفكار التالية "لم أكن أتوقع أن يكون هذا الكتاب هكذا، يا خسارة أموالى"، ويشعر القارئ "ج" بالقررف.

- القارئ "د" "أنا فعلاً محتاج أن أقرأ كل هذا الكتاب، لكن ماذا إن لم أستطع فهمه جيداً؟ أو ماذا إن لم أجيده؟"، ويشعر بالقلق.

- القارئ "هـ" لديه أفكار أخرى "إنه صعب جداً، أنا غيبي، لا يمكن أن أفهم ذلك

لا يمكن استخدامه كـ"معالج". ويشعر القارئ "هـ" بالحزن.

وهكذا ترتبط مشاعر الناس بالطريقة التي يفكرون ويفسرون بها الموقف. إن الموقف نفسه لا يحدد كيف يشعرون، ولكن استجاباتهم الشعورية تتحدد بإدراكهم للموقف.

ويهتم المعالج المعرفي على وجه الخصوص بمستوى التفكير الذي يعمل في اللحظة نفسها مع المستوى السطحي الظاهر. فعلى سبيل المثال، بينما تقرأ هذا الكتاب يمكنك أن تلاحظ عددًا من مستويات التفكير لديك؛ فجزء من مخك يركز على المعلومات التي في الكتاب، بمعنى أنك تحاول أن تفهم وتدمج بعض المعلومات الحقيقية.

وعلى مستوى آخر ربما تكون لديك بعض الأفكار السريعة عن تقييمك للكتاب، هذه الأفكار تسمى "الأفكار التلقائية" ولا ينتج عن نية أو قصد، ولكنها تتنبق تلقائياً، وغالباً ما تكون سريعة ومختصرة، ويمكنك أن تنتبه لها بصعوبة، ولكن تنتبه أكثر للمشاعر المصاحبة لها. وكنتيجة لذلك فأنت تتقبل أفكارك التلقائية بلا نقد أو تمحيص، ويمكنك أن تتعلم كيف تتعرف على أفكارك التلقائية. إذا انتبهت لأى تحول في مشاعرك، فحينما تلاحظ أنك متضايق قليلاً، اسأل نفسك، ما الذى كان يدور فى رأسى منذ لحظات؟

وحينما تصبح قادراً على التعرف على أفكارك التلقائية، فإنه يمكنك، وربما قد قيمت فعلاً مصداقية هذه الأفكار، وإذا وجدت أن تفسيراتك للأمور خاطئة واستطعت تصليحها فربما تكتشف أن مزاجك قد تحسن.

ولكى نضع ذلك فى صيغة مصطلحات معرفية نقول: حينما تصبح الأفكار المعطلة قابلة للتعديل المنطقى، يتحسن الفرد من الناحية المزاجية، وسوف يناقش الفصل الثامن إرشادات خاصة عن كيفية تقييم الأفكار التلقائية.

ولكن من أين تتنبق الأفكار التلقائية؟

ما الذى يجعل شخصًا ما يفسر موقفًا ما بصورة مختلفة عن شخص آخر؟
ما الذى يجعل نفس الشخص يفسر حدثين متشابهين تمامًا بطريقة مختلفة
فى أوقات مختلفة؟
إن للإجابة علاقة بظاهرة معرفية أكثر عمقًا وهى "المعتقدات".

المعتقدات:

بداية من الطفولة تتكون لدى الناس معتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وأن أكثر المعتقدات عمقًا هى مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة بحيث إنهم غالبًا لا يعبرون عنها فى كلمات حتى لأنفسهم. إن هذه الأفكار ينظر إليها من شخص كحقيقة مطلقة كما هى؛ فعلى سبيل المثال فى حالة القارئ "هـ" الذى يعتقد أنه بليد ولا يستطيع فهم الكتاب يمكن أن يكون لديه الاعتقاد الجوهري "أنا عاجز"، وهذا الاعتقاد ممكن أن يعمل فقط حينما يكون الشخص فى حالة مزاجية كئيبة أو يمكن أن يكون ناشطًا طول الوقت. وحينما ينشط هذا الاعتقاد فإن القارئ "هـ" يقرأ الكتاب بعدسات هذا الاعتقاد. وحتى لو كان التفسير من ناحية المنطق خاطئًا تمامًا، فإن القارئ "هـ" مع ذلك يميل إلى التركيز على المعلومات التى تؤكد اعتقاده، متجاهلاً أو ساقطاً من حساباته المعلومات التى تثبت العكس، وبهذه الطريقة يظل محافظاً على اعتقاده حتى ولو كان غير صحيح ومعطلاً. فلا يفكر القارئ "هـ" مثلاً أن الناس الأذكياء والقادرين قد لا يفهمون مواد الكتاب جيداً فى قراءتهم الأولى أو يكون قد وضع فى اعتباره إمكانية أن المؤلف لم يعرض المادة بصورة جيدة. إنه لا يعرف مثلاً أن صعوبة الفهم لديه ناتجة عن عدم التركيز وليس عن ضعف فى الذكاء. لقد نسى أنه غالبًا كان يعانى من صعوبات حينما يواجه كمًا من المعلومات الجديدة، ولكنه استطاع أن يسلك مسلكًا ممتازًا فى فهم الموضوع كلما تقدم فى القراءة. ولأن إحساسه بالعجز قد نشط فهو يفسر الموقف تلقائيًا بطريقة سلبية مليئة بالنقد الذاتى.

إن المعتقدات الجوهرية (Core Beliefs) هي المستوى الأساسي من المعتقدات؛ فهي كلية وجامدة ومعمة بطريقة شديدة. أما الأفكار التلقائية؛ أي الكلمات الواقعية أو الأخيذة التي تدور في عقل الشخص هي دائماً متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية.

والجزء التالي سوف يصف مجموعة من المعتقدات الوسطية التي تقع بين الاثنتين: المواقف والقواعد والاتجاهات.

إن المعتقدات الجوهرية تؤثر في الطبقة الوسطى من المعتقدات التي تتكون من مواقف أو اتجاهات أو قواعد (غالبًا ما تكون غير لفظية).

وللتوضيح فإن القارئ "هـ" - على سبيل المثال - كانت لديه هذه المعتقدات الوسطى:

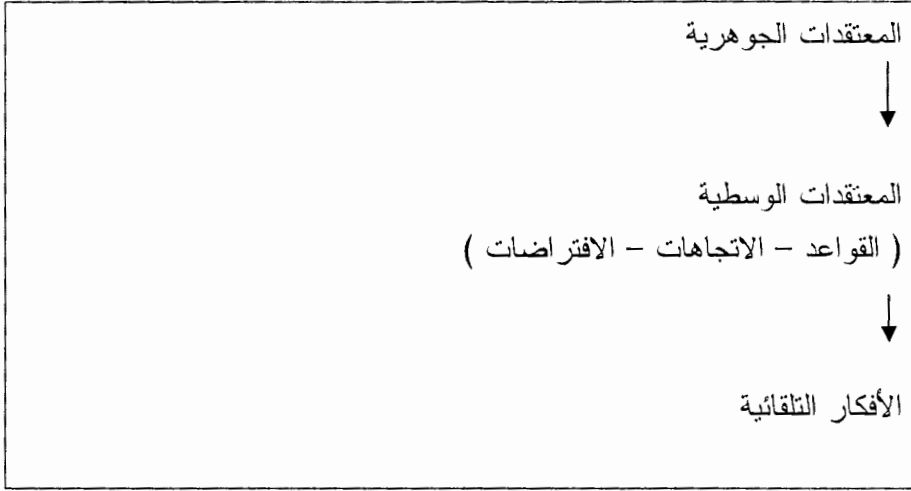
الموقف أو الاتجاه: إنه لفظيع أن أكون غير كفاء.

القاعدة / التوقع: لا بد أن أعمل بأقصى ما يمكن طول الوقت.

الافتراض: إذا عملت بأقصى ما يمكن، فإنه يمكنني أن أكون قادرًا على عمل شيء يمكن أن يعمله الآخرون بسهولة.

إن هذه المعتقدات تؤثر في رؤيته للمواقف، والتي هي بالتالي تؤثر في كيف يفكر، وكيف يشعر، وكيف يتصرف.

وأما العلاقة بين هذه المعتقدات الوسطية والمعتقدات الجوهرية والأفكار التلقائية فهي مرسومة كالتالي:



ولكن كيف تنشأ المعتقدات الجوهرية والوسطية؟

فالناس يحاولون أن يتفهموا ما يدور في البيئة المحيطة بهم منذ مراحل نموهم المبكرة. إنهم بحاجة إلى تنظيم تجاربهم بطريقة متماسكة حتى يستطيعوا التكيف معها (Rosen 1988)؛ فتفاعلهم مع العالم والناس يؤدي إلى نوع معين من الفهم والتعلم لمعتقداتهم التي يمكن أن تختلف في دقتها وفعاليتها.

والذي يهم المعالج المعرفي هنا هي المعتقدات المعطلة أو السلبية، والتي يمكن طرحها جانباً ليتعلم المرضى بدلاً منها معتقدات جديدة (لها أساس عندهم) أكثر فاعلية وقدرة على التكيف من خلال عملية العلاج.

والسياق الطبيعي للعلاج المعرفي يشمل تركيزاً أولياً على الأفكار التلقائية تلك الأقرب إلى الوعي؛ فيعلم المعالج المريضة القدرة على التعرف عليها وتقييمها وتعديلها من أجل التخلص من الأعراض ثم تأتي المعتقدات الوسطية التي تلي هذه الأفكار المعطلة، والتي تظهر في أكثر من موقف لتصبح بؤرة العلاج.

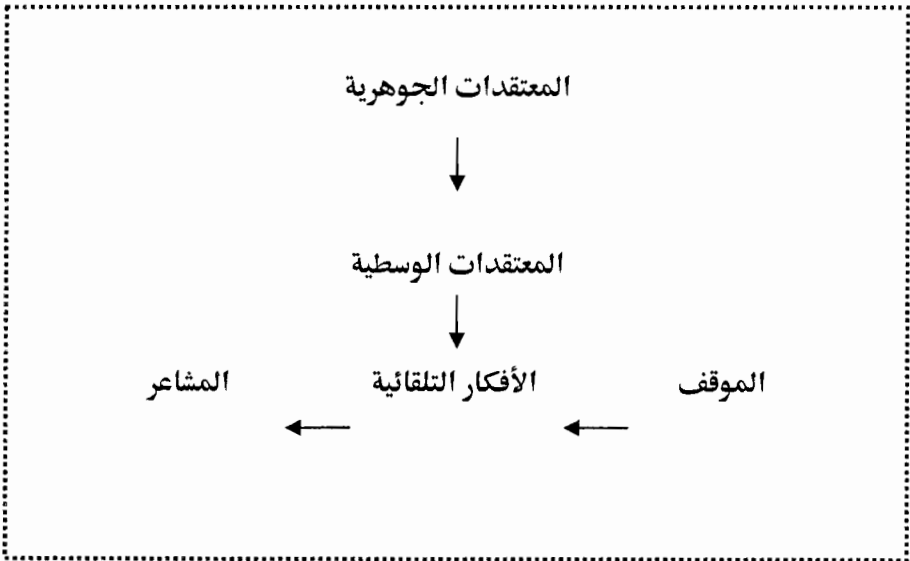
إن المعتقدات الوسطية والجوهرية يمكن تقييمها بطرق مختلفة، ومن ثم تعدل استنتاجات المريض وطريقة إدراكه للأحداث. وهذا التعديل الأعمق

للمعتقدات الأساسية يجعله أقل عرضة للانتكاسات المرضية في المستقبل
(Evans et al, 1992; Hollon, De Rubeis, & Seligman, 1992).

العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية:

ويمكن أن يوضح النموذج المعرفي - كما تم شرحه - هذه النقطة،

كالتالي:



ففي مواقف معينة تؤثر المعتقدات التحتية لشخص ما في إدراكه، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص. وإذا خطونا خطوة أكثر، فإن الأفكار التلقائية تؤثر كذلك في السلوك، وغالبًا ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية كما هو مبين في الشكل (٢-١).

فالقارئ الذي لديه الأفكار "هذا صعب جدًا، لا يمكن أن أفهمه" يشعر بالحزن، ويشعر ببعض الثقل في معدته، ويطوى الكتاب بالطبع. وبالطبع إذا استطاع أن يقيم أو يحكم على أفكاره فإنه يمكن لمشاعره وسلوكه وفسولوجيته أن

تتغير بطريقة إيجابية، فربما يستجيب لأفكاره كالتالي: " انتظر لحظة.. إنه يمكن أن يكون صعب الفهم، ولكنه غير مستحيل، أنا كنت قادرًا على فهم هذا النوع من الكتب من قبل، وإذا ما تابرت عليه فربما سوف أفهمه بطريقة أفضل.."; فإذا استجاب بهذه الطريقة، ربما قلل من الشعور بالحزن واستمر في قراءة الكتاب.

ولكى نلخص ذلك نقول إن القارئ شعر بالحزن بسبب أفكار معينة، ولكن لماذا هذا القارئ بالذات لديه هذه الأفكار، بينما قارئ آخر لا يفكر بهذه الطريقة؟ .. إن معتقداتٍ جوهرية غير منطوقة عن عجزه قد أثرت في إدراكه لهذا الموقف. وكما شرحنا في بداية هذا الفصل، فإنه من اللازم للمعالج أن يكون لديه مفهوم أو رؤية عن صعوبات مريضته، ويضعها في مصطلحات معرفية لكي يقرر كيف سيتقدم في العلاج عندما يعمل بهدف معين سواء كانت الأفكار تلقائية أو المعتقدات أو السلوك، ثم يقرر ما الوسيلة أو الطريقة التي سوف يستخدمها، ثم كيف يحسن العلاقة العلاجية.

والأسئلة الأساسية التي على المعالج أن يطرحها على نفسه هي:

كيف انتهى الأمر بهذه المريضة إلى هنا؟

وما المعتقدات والأحداث الحياتية المهمة بالنسبة إليها (الحوادث، التجارب، التفاعلات)؟

وكيف تكيفت المريضة مع منعطفات الحياة هذه؟ وما أفكارها التلقائية؟ وما هي المعتقدات التي انبثقت عنها؟

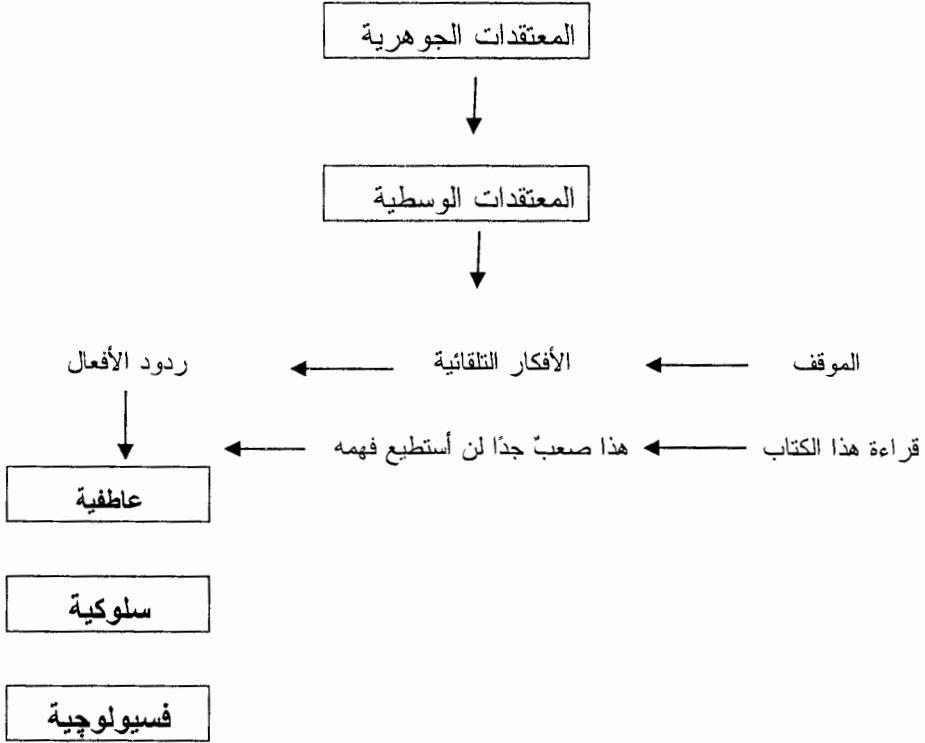
فإنه من المهم أن يضع المعالج نفسه دائمًا في مكان المريضة حتى تحدث المواجهة مع ما تجتازه المريضة، ولكي يتفهم أحاسيسها جيدًا، ولكي يدرك العالم من خلال منظارها؛ فحينما يعرف تاريخها التطوري وإدراكها الحسي، فإن أفكارها ومشاعرها وسلوكها تكون مفهومه لديه.

وإنه لمن المفيد للمعالج أن ينظر إلى العلاج كرحلة، وأن ينظر إلى التكوين المفهوماتي عن المريضة كخريطة الطريق، فعليه أن يناقش مع مريضته أهداف العلاج والغاية النهائية، وأن هناك طرقاً كثيرة للوصول إلى هذه الغاية كالطرق الرئيسية أو الطرق الخلفية، وأحياناً تغير الطرق الملتوية من الخريطة الأصلية.

وكلما أصبح المعالج أكثر خبرة وأكثر قدرة على تكوين المفهوم، فإنه يهتم بالتفاصيل المهمة من خريطة الطريق، وتتحسن قدرته وفاعليته في العلاج. وفي البداية فإنه من المنطق أن نفترض أنه لن يستطيع إنجاز العلاج بالطريقة المثلى، إن القدرة الصحيحة على تكوين المفهوم يساعد تحديد أى الطرق الرئيسية عليه أن يسلكها في رحلة العلاج.

وتكوين المفهوم يبدأ من المقابلة الأولى مع المريضة، وأنه ينقح عند كل لقاء لاحق، فإن المعالج يفترض نظرية عن المريضة بناءً على المعلومات التي قدمتها، ثم تؤكد هذه الفرضية أو تنقض أو تعدل كلما وردت معلومات جديدة، من هنا يظهر أن التكوين المفهوماتي عملية مرنة، وأنه عند نقاط استراتيجية يعاود المعالج اختباره لنظريته وصياغته للمريضة. وعموماً إذا كان التنظيم صحيحاً، فإن المريضة تشعر بصحته، وإنها سوف توافق المعالج في أن الفكرة التي كونها عنها تجد لديها صدقاً.

شكل (١-٢) النموذج المعرفى



إغلاق الكتاب

حالة توضيحية

سالى فتاة عمرها ١٨ عامًا، طالبة فى السنة التمهيديّة الجامعيّة، جاءت للعلاج من أجل الإحساس الدائم لديها بالحزن والقلق والوحدة. ولقد شخّص الطبيب حالتها على أنها تعاني من نوبة اكتئاب جسيم متوسط الشدة، والتي بدأت عندها منذ بداية السنة الدراسيّة، أى منذ حوالى أربعة أشهر قبل اللجوء إلى العلاج.

ومعظم الأسئلة التي وجهها المعالج مقننة، ولكن أسئلة كثيرة أضيفت حتى

يتمكن المعالج والمريضة من تكوين مفهوم ما عن حالة سالى المعرفية. فعلى سبيل المثال:

سأل المعالج متى شعرت سالى عمومًا بأنها فى أسوأ حالاتها، فى أى المواقف وأى أوقات اليوم؟ وأجابت سالى أنها تشعر بأسوأ حالاتها فى وقت ما قبل النوم؛ أى حينما تحاول أن تنام، ثم يسأل المعالج السؤال الرئيسى:

"إيه اللى بيكون يدور فى دماغك فى اللحظة دي؟ يعنى إيه الأفكار والخيالات اللى فى راسك؟".

وهكذا، ومنذ البداية يحصل المعالج على عينة من الأفكار التلقائية المهمة لدى سالى، وقد أجابت سالى أنها فكرت بالطريقة الآتية:

"أنا مش ممكن ح أقدر أخلص أوراق المقرر ده"

"أنا ممكن أفضل السنة دي" "أنا عمري ما ح أقدر أعمل حاجة من نفسي"...

وقد ذكرت سالى أيضًا بعض التخيالات التى مرت بخاطرها:

"شفت نفسى شايله شنطة سفر وتعبانه، ماشيه فى الشارع بدون هدف، محبطة، أبص على لا شىء".

وفى أثناء العلاج استطاع المعالج أن يكون رؤيته عن سالى، ورسم تخطيطًا توضيحيًا لرؤيته (انظر الفصل العاشر شكل ١٠-٢).

معتقدات سالى الجوهرية:

حاولت سالى منذ طفولتها أن تجد معنى لنفسها وللعالم والآخرين، لقد فعلت ذلك من خلال التجارب التى مرت بها، ومن خلال تفاعلها مع الآخرين، ومن خلال الملاحظات المباشرة، ومن خلال الرسائل الظاهرة والخفية من الآخرين.

إن لها أحياناً متفوق وناجح يكبرها سنًا، ومنذ طفولتها أدركت سالي أنها لا يمكن أن تعمل أى شيء بنفس الجودة التى يعمل بها أخواها، وبدأت تشعر - على الرغم من عدم التصريح لفظيًا بذلك - أنها غير كفاء، وأنها أقل من الآخرين. وكانت دائمًا ما تقارن نفسها بأخيها، وكانت المقارنة دائمًا فى غير صالحها، وكانت دائمًا لديها أفكار مثل: "أنا ما أعرفش أرسم كويس" "هو دائمًا يركب الدراجة أفضل مني" "أنا مش ممكن هاكون قارئة جيدة زى أخويا".

وعادة لا يتبنى كل الأطفال الذين لديهم أشقاء أكبر منهم هذه الأفكار، ولكن سالي كانت تدعمها الأم، والتى كانت دائمة الانتقاد لها، مثل "إنتِ ما بتعرفيش حتى ترتبى حجرتك، هو إنتِ تعرفى تعملى حاجة صح؟" "أخوك جايب تقدير كويس، لكن إنتِ عمرك ما حتجيبى حاجة". وقد احتفظت سالي كبقية الأطفال بمخزون ضخ من كلمات والدتها معتقدة أن أمها كانت محقة فى كل شيء تقريبًا، وهكذا عندما كانت تنتههما بعدم الكفاءة كانت تصدقها تمامًا.

وفى المدرسة أيضًا كانت سالي تقارن نفسها بأقرانها، وعلى الرغم من أنها كانت طالبة فوق المتوسطة؛ فإنها كانت تقارن نفسها بالطلبة المتفوقين، وكانت أيضًا خاسرة فى المقارنة، فكانت لديها أفكار مثل "لست جيدة مثلهم" "مش ممكن حافهم المواد دى زى ما هم يفهموها". ومن ثم تدعمت لديها الفكرة التى توحى بأنها غير كفاء، وأنها أقل من الآخرين. وفى أحيان كثيرة كانت سالي تتجاهل أو تُسقط من حساباتها دلائل إيجابية تتعارض مع هذه الأفكار؛ فعندما كانت تحصل على علامات جيدة فى الامتحانات، كانت تقول فى نفسها "إن الامتحان كان سهلًا"، وحينما تعلمت الباليه وأصبحت من أحسن راقصات الباليه فى مدرستها، كانت دائمًا تقول لنفسها "بس مش أحسن من مدرستى" "مش ممكن حا أكون زيها"، وكانت دائمًا تجد تبريرات سلبية لتبرر عدم كفاءتها؛ فمثلًا حينما صرخت والدتها فيها عند حصولها على تقدير متوسط علقت قائلة "أمى صح أنا بليدة"، وكانت دائمًا تتذكر أحداثًا سلبية لتؤكد وجهة نظرها. وحينما كانت تحدث أحداثًا جيدة، مثل

حصولها على جائزة ما، كانت تقول "بس ده كان حظ".

ولقد أدت هذه العملية إلى ترسيخ معتقد جوهرى سلبي عن نفسها، ولكن معتقدات سالى السلبية ليست صلبة كالحجر تمامًا، فإن والدها الذى لم يكن موجودًا بجوارها كوالدها، كان دائمًا يشجعها ويقف إلى جانبها. فعندما علمها أن تضرب كرة البيسبول على سبيل المثال، كان يمدح محاولاتها "كويس خالص - برافو - تسديدة حلوة - استمرى"، وكذلك بعض مدرسى سالى قد امتدحوا مجهودها فى المدرسة. ولسالى أيضًا تجارب إيجابية مع الأصدقاء؛ إذ رأت أنها إذا حاولت بجدية فإنها تستطيع إنجاز أشياء أفضل من صديقاتها مثل كرة البيسبول على سبيل المثال. وهكذا تكون لدى سالى اعتقاد إيجابى مقابل بأنها كفاء فى بعض المجالات.

ومعتقدات سالى الجوهرية الأخرى عن الناس وعن العالم المحيط بها، كانت إيجابية وفعالة فى أكثر الجوانب، لقد اعتقدت سالى فى أغلب الأحيان أن معظم الناس طبيون وودودون، ويمكن أن نثق بهم، وكانت ترى العالم مكانًا آمنًا ومستقرًا ويمكن التنبؤ بما يحدث فيه.

ومرة أخرى نذكر أن أفكار سالى الجوهرية عن نفسها وعن الناس وعن العالم، كانت أفكارها الأساسية، والتي لم تتطرق بها أبدًا حتى حضرت للعلاج. وكفتاة يافعة، فإن أفكارها الجوهرية الإيجابية كانت هى الغالبة على حياتها حتى أصيبت بالاكتئاب، وهنا نشطت أفكارها ومعتقداتها الجوهرية السلبية.

الاتجاهات، والقواعد، والافتراضات لدى سالى:

إن معتقدات سالى الوسطية تكون إلى حد ما أكثر قابلية للتعديل من أفكارها الجوهرية، و بما أن سالى حاولت أن تفهم نفسها وعالمها والناس المحيطين بها غالبًا من خلال التفاعل مع أسرتها والآخرين المحيطين، فإنها تبنت هذه الاتجاهات والقواعد "لا بد أن أكون عظيمة فى كل شيء أحاوله"، "لا بد أن أبذل

أقصى ما فى وسعى"، "إنه من المرعب أن أفقد إمكانياتى".

وكما هو الحال فى اعتقاداتها الجوهرية، لم تتطق سالى قبل ذلك بتلك المعتقدات الوسطية، ولكن هذه المعتقدات على الرغم من ذلك قد أثرت فى أفكارها وسلوكها؛ فى المرحلة الثانوية على سبيل المثال لم تحاول الاشتراك فى صحيفة المدرسة، على الرغم من حبها للصحافة؛ لأنها افترضت أنها لن تستطيع الكتابة جيدًا وكانت دائماً ما تشعر بالقلق الشديد قبل الامتحانات؛ لأنها لا يمكن أن تحصل على درجات جيدة، وكانت تشعر دائماً بالذنب؛ لأنها لم تستذكر دروسها بطريقة أفضل.

وحيثما كانت تتغلب أفكارها الإيجابية كانت ترى نفسها على نحو أفضل، على الرغم من أنها لم تستطع الاعتقاد أبداً بأنها كفاء تماماً، وأنها ليست أقل من الآخرين. لقد تكون لديها الافتراض "إذا عملت جيدًا، فسوف أتغلب على سلبياتى وأكون جيدة فى الدراسة". وحيثما أصبحت مكتئبة لم تصدق سالى هذا الافتراض أكثر من ذلك وأبدلته بالاعتقاد "بسبب نواقصى لا يمكن أن أنجز شيئاً".

استراتيجيات سالى:

إن فكرة كونها غير كفاء كانت دائماً مؤلمة لسالى، ولجأت إلى استراتيجيات سلوكية معينة لتحمى نفسها من هذا الألم، وكما يمكن أن نكتشف من معتقداتها الوسطية، فلقد عملت سالى بقوة فى المدرسة وفى الألعاب الرياضية، لقد كانت سالى تعدّ واجباتها كما ينبغي، وكانت تذاكر دروسها بجديّة من أجل الامتحانات، وكانت أكثر يقظةً لأى إشادة إلى عدم كفاءتها؛ فكانت تضاعف مجهودها إذا فشلت فى إجابة شيء فى المدرسة، وكانت نادراً ما تطلب المساعدة من أحد مخافة أن يكتشف الآخرون ضعفها.

أفكار سالى التلقائية:

بينما لم تعبر سالى عن معتقداتها الجوهرية أو الوسطية (حتى وقت العلاج)، فإنها كانت إلى حدٍ ما واعية بأفكارها التلقائية فى مواقف معينة. ففى المدرسة الثانوية على سبيل المثال (قبل أن تصاب بالاكْتئاب)، فإنها حاولت تجربة لعبة الهوكى والكرة الطائرة للبنات، وكونت فريق الكرة الطائرة، وفكرت كذلك "عظيم حاجيب بابا يلعب معيا"، وحينما فشلت فى الهوكى كانت محبطة، ولكنها لم تلم نفسها. وفى الكلية أصبحت سالى مكتئبة فى السنة الأولى، وبعد ذلك حينما فكرت فى أن تلعب مباراة غير رسمية لكرة المضرب (البيسبول) مع طلاب فى السكن الجامعي، أثار اكتئابها فى أفكارها "أنا مش كويسة / أنا محتمل ما أعرفش أضرب كرة واحدة"، وحينما حصلت على درجة (B) فى امتحان الأدب الإنجليزى فكرت كالتالى "أنا بليدة، أنا احتمال كبير أرسب السنة دي، أنا مش نافعة فى الكلية".

ولكى نلخص ما سبق، فإن سالى فى سنوات الدراسة الثانوية حينما لم تكن مكتئبة، كانت معتقدات سالى الجوهرية غير نشطة أو فاعلة، وكانت لديها أفكار إيجابية نسبياً (وأكثر واقعية). وفى السنة التأسيسية الجامعية فى أثناء اكتئابها، تغلبت معتقداتها السلبية التى أدت إلى أن تفسر كل المواقف بطريقة سلبية، وأصبح لديها أفكار سلبية وأقل واقعية، وقد أدت هذه الأفكار المشوهة إلى أن تتصرف بطريقة محبطة للذات، مسلمة بذلك كل أسلحتها لتضع نفسها فى الأسفل.

المتتاليات التى أدت إلى اكتئاب سالى:

كيف أصبحت سالى مكتئبة؟

بالتأكيد ساعدت معتقداتها السلبية على جعلها عرضةً للاكتئاب؛ فحينما دخلت الجامعة كانت لديها تجارب كثيرة فسرتها بطريقة سلبية تماماً؛ ففى الأسبوع الأول تعرضت للتجربة التالية: فى محادثة مع إحدى زميلاتها فى المرحلة

الأساسية تسكن معها فى نفس المبنى، علمت منها أنها قد أدت بعض المسابقات التحضيرية، والتي أفتتها من مسابقات أساسية عديدة فى السنة الأولى، ولما كانت سالى غير واعية لهذه المسابقات بدأت تفكر كيف أن هؤلاء الطلاب أفضل منها كثيرًا، وفى دروس الاقتصاد قد حدد الأستاذ متطلبات المساق، ففكرت سالى فى الحال "مش حا أقدر أعمل الأبحاث دي"، ولما وجدت صعوبة فى فهم الفصل الأول من كتاب الإحصاء قالت فى نفسها "إذا ما كنتش قادرة أفهم الفصل الأول، يبقى حا أعمل إيه فى بقية الكتاب".

وهكذا، فإن معتقدات سالى جعلتها عرضةً لتفسير الأحداث بطريقة سلبية؛ فهى لم تناقش حتى أفكارها، وإنما قبلتها دون مناقشة. إن الأفكار والمعتقدات نفسها لم تسبب الاكتئاب، ولكن حينما بدأ الاكتئاب فقد أثرت هذه المدركات السلبية بقوة فى مزاجها، وأن اكتئابها بدون شك قد ينبع من عوامل بيولوجية وبيكولوجية مختلفة. فعلى سبيل المثال، ومع مضي الأسابيع، بدأت سالى فى إظهار أفكار أكثر سلبية عن نفسها، وبدأت تشعر بالحزن أكثر وأكثر وكذلك الإحباط، وبدأت فى قضاء وقت طويل فى استذكار دروسها بالرغم من أنها لم تستطع إنجاز الكثير بسبب عدم قدرتها على التركيز، واستمرت فى انتقاد نفسها، وحتى كانت لديها أفكار سلبية عن مرضها "إيه اللى جرى لي؟ أنا مش لازم أحس بالطريقة دي، ليه أنا محبطة ومتشائمة؟ أنا ما عنديش أمل". وانسحبت سالى من محيط الأصدقاء الجدد، وتوقفت عن مكالمة أصدقائها القدامى، والذين يمكنهم تشجيعها. لقد توقفت عن رياضة الجرى والسباحة والنشاطات الأخرى التى طالما أعطتها إحساسًا بالنقطة والإنجاز. وهكذا شعرت بخواء شديد، وأخيرًا بدأت شهيتها تضعف، وأصبح نومها مضطربًا، وأصبحت ضعيفة وكسولة.

إن سالى فى الحقيقة يمكن أن يكون لديها استعداد وراثى للاكتئاب، إلا أن معتقداتها وأفكارها السلبية قد سهلت تفعيل العوامل البيولوجية والبيكولوجية المؤدية إلى الاكتئاب.

ملخص:

إن تكوين المفهوم عن المريضة في مصطلحات معرفيه لازم وضرورى لتقدير الطريقة المثلى والفاعلة فى مسيرة العلاج، ويساعد أيضا على تفهم مشاعر المريضة؛ فهو مقوم أساسى من مقومات إقامة علاقة علاجية جيدة مع المريضة. وعموماً فإن الأسئلة التى يجب أن تُسأل عند تكوين مفهوم عن المريضة هي:

كيف أصيبت المريضة بهذا الاضطراب؟

ما أهم أحداث الحياة المعنية والتجارب والتفاعلات؟

ما الافتراضات والتوقعات والقواعد والاتجاهات (المعتقدات الوسطية)؟

ما الاستراتيجيات التى استخدمتها المريضة طوال حياتها لتتكيف مع المعتقدات السلبية؟

ما الأفكار التلقائية والتخيلات والسلوكيات التى ساعدت على استتباب المرض؟

كيف تفاعلت معتقداتها المتطورة مع أحداث الحياة، والتى جعلتها عرضةً للمرض؟

ما الذى يحدث فى حياة المريضة حالياً؟ وكيف ترى المريضة ذلك؟ ومرة أخرى نقول: إن تكوين المفهوم يبدأ منذ اللقاء الأول مع المريضة، وأنه عملية متطورة، قابلة دائماً للتعديل كلما وردت معلومات جديدة لتؤكد أو تنتقد النظرية القائمة.

إن المعالج يضع فرضيته على أساس المعلومات التى جمعها، مستخدماً الحرص الشديد فى التفسيرات، ممتنعاً عن التفسيرات والاستنتاجات التى لا تبنى بوضوح على أدلة حقيقية. وعلى المعالج أن يراجع هذه الفرضية مع المريضة بين فترة وأخرى، ليساعد المريضة على فهم نفسها وصعوباتها ولتأكد من صحة نظريته.

إن العملية المستمرة لتقييم وتكوين المفهوم سوف تتأكد على طول هذا الكتاب، وإن الفصلين العاشر والحادي عشر سيوضحان بطريقة أكثر كيف أن الأحداث التاريخية في حياة المريضة تشكل فهم المريضة لنفسها وللعالم.

الفصل الثالث

بنية الجلسة الأولى

من أهم أهداف العلاج المعرفى هو جعل العملية العلاجية مفهومة لكل من المعالج والمريض. ولتسهيل هذه العملية على المعالج فيجب عليه أن يجعل العلاج فعالاً بقدر الإمكان وملتزماً بشكل قياسى بعملية العلاج، كما أن عليه تعريف المريضة بالوسائل العلاجية المتاحة.

ويشعر معظم المرضى بالراحة حينما يعرفون ما هو المتوقع من العلاج، وحينما يعلمون بوضوح ما هو المطلوب منهم، وما هى مسئولية المعالج، وحينما يكون لديهم توقع واضح عن كيفية سير العملية العلاجية سواء فى جلسة معينة أو من خلال الجلسات ككل فى إطار المرحلة العلاجية. وعلى المعالج تعظيم دور المريضة من تفهم العلاج، وذلك بشرح قوام أو بنية الجلسات والالتزام بهذا القوام.

وقد يشعر المعالج المحترف - الذى لم يتعود على الالتزام بأجندة محددة للجلسات كما هو وارد فى هذا الفصل- بالتبرم لهذه الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى. وهذا التبرم قد يؤدي إلى توقعات سلبية مثل: لن تستطيع المريضة ذلك، سوف تشعر المريضة أنها مقيدة، إنه سوف يجعلنى أنسى أشياء مهمة على أن أذكرها لها، إنه جامد تماماً. وعلى المعالج الإسراع باختبار هذه الأفكار بطريقة مباشرة، وذلك بتطبيق القواعد العلاجية كما هى ثم ملاحظة النتائج. كما أن المعالج الذى يشعر بالتبرم من البناء المنظم للجلسات العلاجية سوف يتعود على ذلك حتى تصبح طبيعية له فيما بعد وخصوصاً حينما يلمس النتائج الإيجابية للعلاج.

والعنصر الأساسى فى العلاج المعرفى هو المراجعة المستمرة لحالة المريضة سواء لحالتها المزاجية أو بمدى التزامها بالعلاج الدوائى (إذا كان موجوداً) وانطباعها عن الجلسات السابقة وإعداد الأجنده للجلسات القادمة، ومراجعة الواجب المنزلى، ومناقشة الواجب المنزلى الجديد، وعمل ملخص عام، ومعرفة استجابة المريضة.

والمعالج المحترف يمكنه بالطبع الخروج عن هذه الأطر الثابتة فى أوقات معينة، وأما المعالج المبتدىء فعليه الالتزام الحرفى كلما أمكن بهذه الأطر الشكلية للجلسات.

وسوف يقدم هذا الفصل الخطوط العريضة والإيضاحات التى تتعلق بتصميم الجلسة الأولى أو شكلها، وسوف يركز الفصل التالى على الشكل العام للجلسات التالية. وأما الصعوبات التى تتعلق بالالتزام بالإطار المحدد أو بنية الجلسات فسوف نتناولها فى الفصل الخامس.

أهداف الجلسة الأولى وشكلها:

يراجع المعالج كل معطيات المريضة، وذلك تحضيراً للجلسة الأولى. والتشخيص الدقيق لحالة المريضة هو عامل أساسى فى الخطة العلاجية؛ حيث إن التشخيص الإكلينيكى للمرض (Axis I) مع تشخيص أى اضطرابات فى الشخصية (Axis II) يحدد للمعالج مستوى العلاج المعرفى الذى سوف يكون ملائماً لها (انظر الفصل السادس عشر).

كما أن الانتباه الكامل لمشاكل المريضة الحالية ومدى إعاقتهها ودراسة الأعراض والتاريخ المرضى سوف يساعد على تكوين مفهوم عام للخطة العلاجية، ثم بدون المعالج ما يراه مهماً ليتناوله فى الجلسة العلاجية الأولى.

(انظر الفصل الرابع شكل ٣-٤)، وهذه هى الأهداف الرئيسية للمعالج فى الجلسة الأولى:

- ١- تأسيس العلاقة والثقة بين المريضة والطبيب.
- ٢- تهيئة المريضة للعلاج المعرفى.
- ٣- التحدث مع المريضة عن حالتها المرضية وعن النموذج المعرفى والعملية العلاجية.

٤- تفهم مشاكل المريضة وإفهامها بأن حالتها عادية ومفهومة وغرس الأمل فيها.

٥- معرفة توقعات المريضة من العلاج وتصحيحها إذا لزم الأمر.

٦- جمع معلومات إضافية عن مشاكل المريضة ومتاعبها.

٧- استخدام هذه المعلومات لعمل قائمة أهداف.

والشكل الأمثل للجلسة العلاجية، والتي تتضمن هذه الأهداف يشتمل على:

١- توضيح جدول الأعمال أو الأجنحة العلاجية (وتقديم مبررات لذلك).

٢- فحص الحالة المزاجية باستخدام معايير موضوعية.

٣- استعراض المشاكل الحالية مع مراجعة لآخر التطورات من وقت التقييم الأول.

٤- تحديد المشكلات ووضع الأهداف.

٥- تعليم المريضة النموذج المعرفي.

٦- استيضاح توقعات المريضة من العلاج.

٧- تبصير المريضة بمشاكلها.

٨- إعطاء واجب منزلي.

٩- تقديم ملخص للجلسة.

١٠- استيضاح النتائج أو المردود العلاجي.

يجب على المعالج أن يضع في جدول أعماله مجموعه من الاعتبارات من بينها: كون المريضة تتعاطى أدوية علاجية، وما إذا كانت الأدوية مناسبة أم لا. وكذلك إذا كانت المريضة مدمنة الكحوليات أو العقاقير. وقبل وضع كل عنصر

من عناصر الجلسة ينبغي أن توضع الأوليات في الاعتبار؛ فإذا كانت المريضة فاقدة للأمل ولديها أفكار انتحارية، فإن هدف الجلسة الأولى وشكلها (أو أى جلسة) ينبغي أن يعدل، وأنه لمن الأهمية بمكان أن نقيم النوايا الانتحارية لدى المريضة ومدى جديتها لكي نكشف عن السبب الأساسى وراء يأسها والعمل على تقويض هذا اليأس. وعلاج الأزمات ينبغي أن يكون له الأولوية على كل الاعتبارات حينما تكون المريضة في خطر من الآخرين أو تكون هي نفسها خطرًا على الآخرين.

إنه من اللازم أن يبنى جسرًا من الثقة مع المرضى في الجلسة الأولى، وهذه العملية المستمرة تتحقق بسهولة مع المرضى ذوي الشخصيات غير المضطربة (المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات في الشخصية) والمعالج الذى يعالج مريضًا بتشخيص إكلينيكي فقط (Axis I) لا يجد نفسه مضطرًا لبذل أى جهد لتأكيد تعاطفه مع المريضة، وبدلاً من ذلك يمكنه توصيل رسالة التزامه بالمريضة وتفهمه لمشاكلها من خلال كلماته ونبرات صوته وتعبيرات وجهه ولغة الجسد، فإن المريضة تشعر بقيمتها، وتشعر أن المعالج يتفهم مشاكلها عندما يظهر المعالج تعاطفه وتفهمه الدفين لمتاعبها وأفكارها خلال أسئلته وعباراته المتمعنة.

إن الرسالة الواضحة و(الخفية) فى العملية العلاجية هي أن المعالج يقدر مريضته ويعتنى بها، وأنه واثق من أنه يمكنهما العمل معًا وأنه يستطيع مساعدتها، وأنها تستطيع أن تتعلم كيف تساعد نفسها، وأنه يتفهم أحاسيسها تمامًا، وأن مشاكلها ليست بالصعوبة التى تتصورها، وحتى إن كانت كذلك فإنه يستطيع مساعدتها كما ساعد كثيرين مثلها من قبل، وأن العلاج المعرفى هو العلاج المناسب لحالتها، وأن حالتها سوف تتحسن.

وتأكيدًا لإظهار الاحترام والتعاون مع المريضة ينبغي على المعالج أن يسأل عن رأى المريضة فى العملية العلاجية وفى المعالج فى نهاية كل جلسة.

والسؤال عن مردود العلاج يساعد على تقوية التحالف العلاجي، وكذلك

يوضح إذا ما كان المعالج متعاطفاً ومتفهماً وقادراً على مساعدتها والعمل على إزالة أى سوء فهم فى مرحلة مبكرة.

والمرضى غالباً ما يرحبون بالدعوة لإعطاء رأيهم فى المردود العلاجي، وقد يكون ذلك بمثابة رسالة إيجابية عن مشاركتهم فى العملية العلاجية وقدرتهم على التأثير فى مسار العلاج. وفى بعض الأحيان يكون لدى كل من الطبيب والمریضة منظور مختلف عما يجرى فى الجلسة العلاجية. والمردود فى هذه الحالات قد يزيل هذا التناقض، وخصوصاً إذا كان يتم بطريقة ودودة وغير ساخرة أو انتقادية.

إعداد جدول الأعمال (الأجندة):

وكما ذكرنا سابقاً فإن من أهم الأهداف فى الجلسة الأولى إعداد المريضة للعلاج المعرفى. وكما فى كل التقنيات العلاجية ينبغى تزويد المريضة بالأساس المنطقى لعملية العلاج.

المعالج: عاوز أبدأ جلستنا بإعداد الأجندة وهانقر هنتكلم فى إيه النهارده. وحنعمل كده فى أول كل جلسة علشان نتأكد إن كان عندنا وقت لتغطية كل المواضيع الهامة. عندى بعض البنود الللى عاوز أفتحها وبعدين أسألك إن كان عندك بعض الإضافات. كويس.

المريضة: كويس.

المعالج: حنكون جلستنا الأولى مختلفة بعض الشيء عن جلساتنا المقبلة لأن علينا أن نستفهم عن أمور كثيرة. كمان لازم نتعرف على بعض بطريقة أفضل. عاوز أتعرف دلوقت على مشاعرك وإيه الللى خلاكى تطلبى العلاج وعاوزه تحققى إيه من العلاج، وعاوز كمان أتعرف على بعض مشاكلك وقد إيه بتتوقعى فائدة من العلاج. يا ترى ده يناسبك إلى حد ما؟

المريضة: آه - هيه - أيوه.

المعالج: عاوز أعرف إيه اللي تعرفيه عن العلاج النفسى المعرفى وأنا حاشرح
إزاي حتكون عملية العلاج، وحتتكلم على اللي حاتعمليه كواجب منزلى،
وفى النهاية حالخص اللي تكلمنا فيه وأعرف إيه المرود منك وإزاي
هتمشى عملية العلاج. عندك أى إضافات على الكلام ده النهارده؟

المريضة: عندى بعض الأسئلة عن تشخيص حالتى وقد إيه ممكن نتوقع العلاج
يحتاج.

المعالج: كويس.. خلينى أكتب الأسئلة دى، وبالتأكيد هنجابوب عليها النهارده (يدون
الأسئلة) حتلاحظى إنى بادون كثيرًا أثناء الجلسات. عاوز أتأكد من إنى
فاكر الأشياء المهمة. كويس عندك حاجة ثانية؟

المريضة: لا دى كل حاجة.

المعالج: إذا خطرت لك فكرة أثناء الجلسة، خلينى أعرفها.

إن إعداد الأجنده المثالى ينبغى أن يكون سريعًا ودقيقًا، وإن شرح الأساس
المنطقى للعلاج يساعد على أن تكون العملية العلاجية مفهومة بالنسبة إلى
المريضة، ويشجع على إظهار دورها النشط فى عملية العلاج بطريقة منظمة
وفعالة، وإن الفشل فى إعداد هذه الأجنده سوف يودى إلى حوار غير فعال؛ حيث
سوف تعطل المعالج والمريضة عن التركيز على القضايا ذات الأهمية.

وقبل نهاية الجلسة يشير المعالج مرة أخرى إلى الأجنده، وكذلك عند
إعطاء الواجب المنزلى للمريضة (يمكن أن يدون كروعوس موضوعات وليس
تفصيلاً) يسأل المريضة فى التفكير فى القضايا التى يمكن إدراجها فى أجنده
الجلسة المقبلة.

ومعظم المرضى يتعلمون سريعًا كيف يشاركون فى إعداد الأجنده. وإن

كان هناك مشكلة فى إعداد الأجندة فسوف نتناول كيفية التغلب عليها فى الفصل الخامس.

(مراجعة الحالة المزاجية)

وبعد إعداد الأجندة يراجع المعالج الحالة المزاجية للمريضة بالإضافة إلى تقريرها الأسبوعى عن حالتها. ينبغى استعمال استبيانات موضوعية مثل مقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيك للقلق ومقياس بيك لليأس (انظر الملحق د). وهذه المقاييس تساعد على التعرف الموضوعى على حالة المريضة، وكذلك تساعد هذه الاختبارات على توضيح ما لم تذكره المريضة من أعراض مثل صعوبة النوم وضعف الرغبة الجنسية والإحساس بالفشل والعصبية الزائدة.

وإن لم توجد هذه الاختبارات، فعلى المعالج أن يقضى بعض الوقت فى تعليم المريضة كيف تقيس مشاعرها على مقياس من صفر إلى مائة خلال الأسبوع القادم تقريباً كيف كانت درجة الاكتئاب أو القلق أو الغضب إذا كانت هذه هى المشكلات التى تشغل بال المريضة، وأن المقياس من صفر إلى مائة معناه أن صفر لا يعنى اكتئاباً على الإطلاق ومائة تعنى أقصى حالة من الاكتئاب شعرت بها فى حياتك.

فى الحوار التالى قد أنهى المعالج إعداد الأجندة وهو فى عملية تقييم الحالة المزاجية للمريضة:

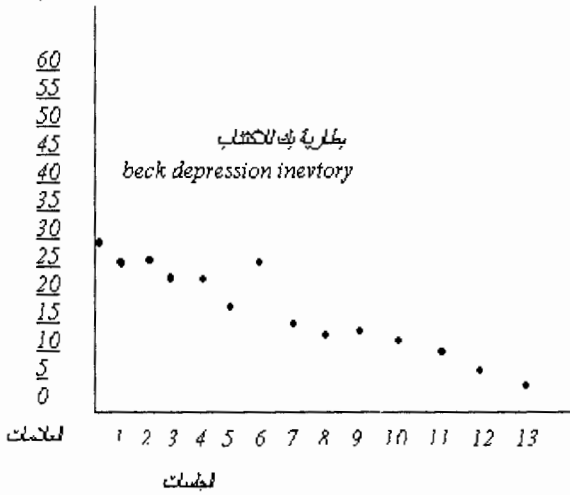
المعالج: كويس، بعدين إيه رأيك بأن نبدأ إزاي كانت حالتك الأسبوع ده. ممكن أشوف اللى كتبتيه؟ (ينظر إلى الأوراق) واضح إنك لسه مكتتبه شويه وقلقة. الأرقام دى متغيرتش كتير من أول ما تقابلنا ده معناه إنك لسه. صح؟

المريضة: - نعم أنا حاسة إنى زى ما أنا.

المعالج: (محاوياً التفسير) إن كان دا يناسبك، أنا عايزك تيجى كل جلسة كام دقيقة بدرى علشان تملى الفورمات دي. ده حيساعد كتير فى إني أعرف حالتك النفسية الأسبوع الماضى ودى مش حاتغنى عن إنك تقولى "كنت شاعرة بإيه" بكلماتك أنت الشخصية. هل ده يناسبك؟
المريضة: بالتأكيد.

ويراجع المعالج نتائج الاختبارات الكلية، وكذلك يلقى نظرة سريعة على البنود متفرقة لى يبين إذا كان الاختبار يشير إلى أى شيء مهم للأجندة، وخصوصاً البنود المتعلقة باليأس والانتحار، ويمكنه أيضاً رسم مخطط للنتائج على صورة رسم بياني من صفر إلى ١٠٠ لى يكون التقدم فى الحالة موثقاً وواضحاً للمعالج والمريضة معاً (انظر شكل ٣-١).

وإذا كانت هناك صعوبة لدى المريضة فى ملء النماذج يضيف المعالج هذه المشكلة إلى جدول الأعمال (الأجندة)، ومن ثم يساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية عن ملء النماذج، ويمكنه التناقض مع المريضة، وربما إعداد مقياس لهذه المقاومة أو التردد من صفر إلى مائة أو تقييم مثل (ضعيف - متوسط - شديد). وذلك بهدف إبقاء التعاون بينهما (انظر الفصل الخامس).



الشكل ٣-١ مخطط لبيان حالة سالي بطريقة موضوعية

مراجعة المشكلات الحالية والتعرف على المشكلات وإعداد الأهداف:

يراجع المعالج في الجزء التالي باختصار مشكلة المريضة الأساسية؛ فيسأل المريضة أن تحيطه علمًا بأخر التطورات ثم يوجه اهتمام المريضة لتحديد المشاكل الفرعية، وبالتالي يساعد المريضة على تحويل هذه المشكلات إلى أهداف قابلة للتحقق في العلاج.

المعالج: (ملخصًا): سالي، إحنا وضعنا الأجندة وعرفنا مشاعرك. دلوقت إذا كان مناسب عاوز أتأكد ليه أنتِ حضرتِ للعلاج. أنا قريرت اللي موجود وأعتقد أنك مكتئبة من حوالي أربعة شهور بعد دخولك الكلية بفترة قصيرة. وكان عندك قلق شديد كمان لكن مش بشدة الاكتئاب والا إيه؟

المريضة: صحيح أنا فعلاً حاسة إنى وحشة جداً.

المعالج: هل حصل أى حاجة من لحظة ما شفتك أول مرة ودلوقت مفروض أعرفها؟

المريضة: لا تقريباً كل حاجة زى ما هيه.

المعالج: ممكن نقولى لى بالتحديد إيه المشاكل اللى تاعباك.. لو قلتها بكلماتك إنتى سيكون مفيد.

المريضة: لا مش عارفة.. كل حاجة غلط.. أنا وحشة قوى فى الدراسة. أنا متأخرة جداً. أنا شاعرة أنى محبطة ومكتتبه طول الوقت. أحس أحياناً أنى لازم أستسلم.

المعالج: هل راودتك أى أفكار أنك تأذى نفسك؟

(يستعلم المعالج عن الأفكار الانتحارية لأنه سوف يركز مباشرة على الشعور باليأس لدى المريضة إذا كانت لديها أفكار انتحارية).

المريضة: لا.. مش بالضبط.. أنا بس عاوزة متاعبى كلها تنتهي.

المعالج: زى ما يكون أنت غرقانة وحيروانة.

المريضة: نعم. أنا مش عارفة أعمل إيه.

المعالج: (محاولاً مساعدة المريضة على التركيز وعلى أن تجزئ مشاكلها إلى أجزاء يمكن التعامل معها).

كويس.. واضح أن عندك مشكلتين أساسيتين لحد دلوقت. الأولى إنك مش ماشية كويس فى الدراسة. والثانية إنك حاسة إنك تعبانة ومحبطة. هل فيه حاجة تانية؟

المريضة: تهز كتفيها.

المعالج: كويس. . إيه اللي عاوزه تحققه من العلاج؟ عاوزه حياتك تتغير إزاي؟
المريضة: عاوزه أكون أسعد وأحسن حالاً.

المعالج: (محاولاً تحديد كلام المريض ما يعنى أسعد أو أحسن حالاً سلوكياً) وإن بقيت أسعد وأحسن حالاً حتعملى إيه؟

المريضة: أنا عاوزه أعمل كويس فى الكورسات، وكذلك فى العمل عاوزة أقابل ناس أكثر، وأكون مشتركة فى بعض النشاطات زى ما كنت فى الثانوي. أنا أعتقد أنى مش حاكون قلقانة على طول كده، حاقدر أستمتع شوية وما شعرش بالوحدة المؤلمة دي.

المعالج: (شاعراً بأن المريضة بدأت تشارك فى إعداد الأهداف): كويس، كلها أهداف جميلة، إيه رأيك لو كتبتيها على ورقة من أصل وصوره علشان كل واحد يكون عنده نسخة؟

المريضة: ماشي، عاوزنى أكتب إيه؟

المعالج: هنا نأرخى فوق وتكتبى "قائمة الأهداف" دلوقت إيه كان الهدف الأول؟ (إرشاد المريضة فى كتابة القائمة التالية مع كتابة البنود فى عبارات سلوكية).

قائمة الأهداف ١ - فبراير

- ١- تحسين الأداء الدراسى.
- ٢- تخفيض القلق من الامتحانات.
- ٣- مقابلة ناس أكثر.
- ٤- الاشتراك فى النشاطات المدرسية

المعالج: إيه رأيك فى الواجب المنزلي؟ اقرئى القائمة دي وشوفى إذا كنت عاوزه تضيفى حاجة عليها ماشي.

المريضة: حاضر.

المعالج: كويس.. قبل ما نكمل، خلىنا نلخص بسرعة اللي قلناه لغاية دلوقت إحنا حضرنا الأجندة، راجعنا النماذج، واتكلمنا عن سبب مجيئك للعلاج، وبدأنا قائمة الأهداف.

يقوم المعالج على نحو كافٍ بمراجعة مشاكل المريضة الحالية مؤكداً أن المريضة ليس لديها أى أفكار انتحارية، ولم يتم أى تغيير من الصورة التى جاءت بها لأول مرة، وأنه ساعدها على التعبير عن مشاكلها بصورة عملية ووضعها فى قائمة أهداف علاجية.

وإذا كانت المريضة لديها أفكار انتحارية أو لديها معلومات جديدة تريد إفشاءها، أو لديها مشكلة فى التعبير عن مشاكلها أو أهدافها. حينئذ يقضى المعالج وقتاً أطول فى هذه المرحلة من الجلسة الأولى (وهذا بالطبع سيكون على حساب البنود الأخرى). فى الجلسات الأولى يحاول المعالج جعل المريضة أكثر مشاركة بواسطة الكتابة، ويوحى لها بما تكتبه كما لو كان مخفياً عنها (فى كل مرة يطلب أن تدون على ورق طابع أو فى مذكرة يمكن التصوير منها حتى يكون لكل منهما نسخة. ويمكن للمعالج نفسه التدوين للمرضى الذين لا يرغبون فى الكتابة أو الذين لا يستطيعون الكتابة. وأما المرضى الذين لا يعرفون القراءة والأطفال يمكنهم الرسم أو الاستماع لشريط مسجل للجلسات العلاجية كطريقة لتشجيعهم على تدعيم فكرة العلاج.

كذلك يشجع المعالج مرضاه على التركيز على هدف كلى للعلاج (أنا أريد أن أكون أكثر سعادة وأحسن حالاً). وبدلاً من السماح بأن تسود مناقشة الأهداف الجلسة يسأل المعالج المريضة أن تتفق وتعديل القائمة كواجب منزلي، وأخيراً يلخص ما تم فى الجلسة قبل الانتقال إلى موضوع آخر.

تدريب المريضة على النموذج المعرفي:

إن من الأهداف الرئيسية في العلاج المعرفي تدريب المريضة على أن تكون معالجة لنفسها. وفي بداية العلاج يقوم المعالج بالتعرف على مفهوم المريضة على هذا النوع من العلاج وتصحيحه إن أمكن، ثم يقوم بتعليمها معلومات عن النموذج المعرفي متخذاً منها أمثلة مباشرة ثم يقدم لها نظرة عامة عن العلاج.

المعالج: عاوزين نشوف بتعرفي إيه عن "العلاج المعرفي" متوقعة العلاج هيمشى إزاي؟

المريضة: أنا في الحقيقة معرفش كثير عنه.. بس المعلومات اللي قالت عليها المرشدة الطلابية.

المعالج: عرفت إيه عنه؟

المريضة: إني أقول لك كل حاجة بصراحة.. أنا بصراحة مش فاكرة قوي.

المعالج: تمام. إحنا هنمر على بعض الأفكار دلوقت. أولاً عاوز أعرف إزاي تفكيرك بيأثر على مشاعرك. ممكن تقولي لي أفكار مرت بك الأسبوع الماضي لما لاحظت أن مزاجك اتغير؟ لما لاحظت فعلاً أنك مكتتبه أو متضايقة؟

المريضة: ممكن.

المعالج: ممكن تكلميني شوية عنها؟

المريضة: كنت بأتعدا مع اثنين صحابي. حسيت كده إني متترفة. كانوا بيتكلموا عن موضوع قاله الأستاذ وأنا مافهمتوش.

المعالج: لما كانوا بيتكلموا عن اللي قاله الأستاذ، قبل ما تحسى بالضيق والنرفزة ممكن تفكرى إيه اللي كان بيدور في دماغك.

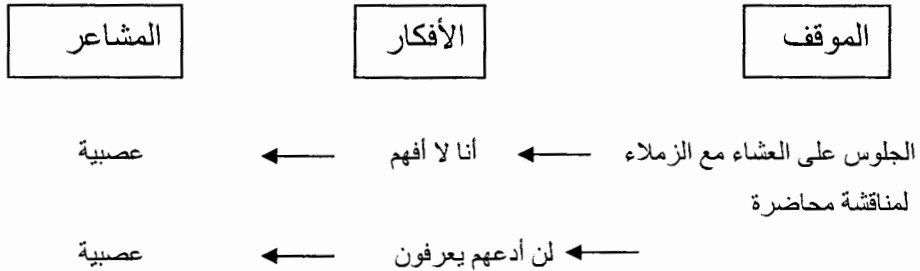
المریضة: أنا كنت بأفكر إنی ما فهمتس الدرس بس ما اقدرتش أقول لهم كده.
المعالج: (مستخدمًا كلمات المریضة الحرفیة) . یعنی كانت الأفكار هی " أنا ما فهمتس " و"ما قدرتش أقول لهم كده".

المریضة: آیوه.

المعالج: ودا خلاك متترفة.

المریضة: آیوه.

المعالج: إیه رأيك نعمل رسم توضیحی. إنت دلوقت أعطیتی مثل واضح عن إزای أفكارك بتأثر على مشاعرك (إرشاد المریضة على عمل الرسم التوضیحی كما هو مبین فی الشكل ۲-۳ ومراجعتہ معها) هل هذا واضح بالنسبة لك؟. شایفة إزای إن الموقف ده أدى إلى أفكار معينة أثرت بدورها على مشاعرك؟



الشكل (۲-۳) ملاحظات جلسة سالی الأولى: النموذج المعرفی

المريضة: ده صحيح.

المعالج: خلينا نشوف إذا قدرنا نجمع بعض الأمثلة من الثنائيات دى فى الأيام اللى فاتت. مثلاً إيه كانت مشاعرك لما كنت فى غرفة الانتظار النهارده قبل الميعاد ده؟

المريضة: نوع من الحزن.

المعالج: وإيه اللى كان فى دماغك فى الوقت ده.

المريضة: مش فاكرة بالضبط.

المعالج: (محاولاً جعل التجربة أكثر حيوية فى عقل المريضة).

تقدرى تتخيلى نفسك فى غرفة الانتظار دلوقت؟ تقدرى تتخيلى نفسك جالسة هناك؟ أوصفى لى الموقف كما لو كان بيحصل دلوقت.

المريضة أوكي. أنا قاعدة على الكرسي القريب من الباب بعيدة عن السكرتيرة. واحدة ست تدخل، شكلها مبتسم شوية بنتكلم مع السكرتيرة، بتضحك شكلها سعيدة.. وطبيعية.

المعالج: وأنت حاسة بإيه؟

المريضة: حزينة.

المعالج: إيه اللى بيدور فى مخك؟

المريضة: هى بتضحك وسعيدة.. أنا عمري ما حأكون زى كده تانى.

المعالج: (مدعمًا للنموذج المعرفي) جميل، لقينا مثال تانى عن إزاي تفكيرك "أنا عمري ما حكون زى كده تانى" على مشاعرك "أنا حزينة" يا ترى ده واضح لك دلوقت؟

المريضة: نعم. أفنكر كده.

المعالج: ممكن تقولى لى أنت عن العلاقة بين التفكير والمشاعر؟ (متأكد من أن المريضة يمكنها التعبير لفظيًا عن مفهومها عن النموذج المعرفي).

المريضة: أيوه، واضح إن أفكارى بتأثر على مشاعرى.

المعالج: بالضبط كده. واللى عاوزك تعمليه الأسبوع ده - لو وافقت طبعًا - إنك تكتبى أيه اللى بيدور فى دماغك لما تلاحظى أى تغيير فى المشاعر أو أن حالتك بتسوء. كويس؟ (محاولاً تسهيل استمرار المريضة فى تفعيل العلاج أثناء الجلسات على مدار الأسبوع).

المريضة: آه. حاضر.

المعالج: إيه رأيك لو نكتبى الواجب على الورقة الطابعة علشان كل واحد يأخذ نسخة. "لما ألاحظ أن مشاعرى اتغيرت أو بقيت أسوأ: أسأل نفسي" إيه اللى بيدور فى مخى دلوقت وأدون الأفكار. دلوقت عارفة ليه أنا عاوزك تدونها؟

المريضة: يمكن علشان أنت بتقول إن أفكارى هى اللى بتخلينى مكتئبة.

المعالج: أو على الأقل بتساعد على شعورك بالكآبة. وكمان علشان تأخذى فكرة عن العلاج المعرفى (جزء مهم من عملنا ده هو التعرف على أفكارك ومحاولة التأكد من صحتها). فى مرات كثيرة أعتقد أن أفكار كثيرة مش صحيحة فيه فى الميه، وواجب نكتبى حاجة عن كده كمان.

المريضة: علشان؟

المعالج: علشان نقيم أفكارك، وتتعلمى إزاي تغيرى تفكيرك.

المريضة: يتهيألى صعب.

المعالج: ناس كتير بيبتكروا كده فى الأول، لكن بسرعة جدًا بيلاقوا نفسهم كويسين قوى. هى بس عاوزه تمشى خطوة بخطوة علشان تتعلميها. بس كويس

إنك اتعرفت على أفكارك.. اتأكدى إن لو عندك أى أفكار زى " بيتهىالى صعب " تكتيبها ونحاول نشوفها الجلسة اللى بعدها.. كويس؟

المريضة: كويس.

المعالج: هل تعتقدى أن عندك مشكلة فى تدوين بعض أفكارك؟ (باحثًا عن أى مشكلة تتوقعها المريضة يمكن حلها).

المريضة: أعتقد أنى حاقدر.

المعالج: حتى لو مقدرتيش. مش مشكلة. هنتقابل الأسبوع الجاى ونحلها مع بعض. كويس؟

المريضة: بالتأكد.

فى هذا الفصل يشرح المعالج، ويوضح ويسجل النموذج المعرفى بأمثلة من عند المريضة. ويحاول المعالج تلخيص شرحه فى جملتين فى كل مرة ثم يسأل المريضة عما قاله ليتأكد من فهم المريضة لكلامه (إذا كانت الوظائف المعرفية للمريضة معطلة أو محدودة يمكنه استخدام وسائل أكثر مباشرة مثل استخدام تعبيرات الوجه لتوضيح المشاعر، وعليه التأكد دائمًا من أن المرضى يدونون النقاط المهمة).

إن مريضتنا هذه تستطيع أن تفهم بسهولة ما المقصود "بالنموذج المعرفى". وأما إذا كانت قد لاقى صعوبة فى التعبير عن أفكارها ومشاعرها فعلى المعالج أن يزن فائدة استخدام أساليب معالجة أخرى) لكى يحقق هذا الهدف (انظر الفصل السادس)؛ لأنه من الممكن أن يترتب من الضغط على المريضة أو الدفع الشديد نتائج سلبية من المحتمل أن تزيد من إحباط المريضة أو تؤثر فى العلاقة العلاجية. وإذا اضطر المعالج أن يلجأ إلى المزيد من الشرح والتفسير للنموذج المعرفى فعليه أن ينتبه ألا يجعل المريضة تلوم نفسها على أنها لم تفهم جيدًا (فى

بعض الأحيان يصعب على البعض أن يفهموا الأفكار دى بسرعة، وعلى العموم دى مش حاجة مهمة قوى.. هنرجع لها بعدين).

فى الفصل التالى، يحاول المعالج الاستدلال عن الأفكار التلقائية فى صورة خيالات مرئية، ويعانى معظم المرضى من صعوبات أكثر فى تخيل أفكارهم فى صور مرئية، ويصعب عليهم إحضار أمثلة. ومع ذلك فإنهم يستطيعون التعرف ووصف الخيالات المرئية إذا تنبهوا لها مبكرًا فى العلاج.

المعالج فيه حاجة كمان عاوز أقولها لك. تعرفى ليه أنا دايماً أقولك لما مشاعرك تتغير أو تسوء شوفى إيه اللى بيدور فى دماغك. ما قلتش إنت بتفكرى إزاي.. عارفة ليه؟. لإننا دايماً بنفكر فى صورة خيالات أو صور. مثلاً قبل إنت ما تدخلى عندى أول مرة النهارده، ما فكرتيش إن ممكن يكون شكلى إيه؟

المريضة: أعتقد أنى كان عندى صورة مشوشة عن واحد أكبر فى العمر، متجهم، وجاد.

المعالج: كويس. الصورة دى أو التخيل هو اللى نسميه (صورة متخيلة). علشان كده لما تسألنى نفسك "إيه اللى بيدور فى مخى" راجعى الصورة والكلام. عاوزك تكتبى الكلام ده كمان.

بهذه الطريقة يهّء المعالج المريضة إلى التعرف على الأفكار التلقائية وكيف أنها تأتى فى أشكال مختلفة وحتى عن طريق حواس مختلفة، وذلك لجعلها أكثر استقراراً لكى تعى أفكارها التلقائية فى أى صورة كانت.

توقعات العلاج:

يدخل المرضى العلاج غالباً معتقدين أنه غامض وغير مفهوم، وأنهم لن يكونوا قادرين على فهم العملية التى سوف يفترض أنها تحسنهم، وعلى المعالج فى

المقابل أن يركز على أن هذا النوع من العلاج منظم ومنطقي، وأن حالة المرضى تتحسن؛ لأنهم يفهمون أنفسهم بطريقة أفضل، ويصبحون قادرين على حل مشاكلهم، ويتعلمون طرائق يمكنهم استخدامها بأنفسهم. ويستمر المعالج في تهيئة المرضى للعلاج بتوصيل الرسالة الأساسية وهي أن عليهم أن يشاركوا في علاج أنفسهم. وعند معظم المرضى فإن المناقشة المختصرة التالية تكون كافية لتوصيل هذه الرسالة.

المعالج: وبعدين عاوز أشوف إنت إزاي متوقعة إن حالتك تتحسن؟
المریضة: مش عارفة بالضبط أنت تقصد إيه.

المعالج: بعض المرضى عندهم فكرة أن المعالج حيشفيهم وبعضهم عارفين إنهم ممكن يتحسنوا بمساعدة المعالج، لكن عندهم إحساس إنهم اللي بيقيموا بالعمل.

المریضة: أنا يمكن قبل ما آجى فكرت إنك - بطريقة ما - حتعالجنى لكن بعد اللي قلته النهارده أنا باخمن إنك ناوى تعلمنى حاجات أعملها.

المعالج: دا صحيح أنا حساعدك إنك تتعلمى طرق التغلب على الاكتئاب. وفى الحقيقة إنك حتقدرى تستعملى الطرق دى طول حياتك للتغلب على مشاكل ثانية.

وفى الجلسة الأولى يكون من المفضل للمعالج أن يعطى مريضته إحساسًا مهمًا بالمدة المتوقعة لعملية العلاج، وعادة يكون من الأفضل اقتراح مدة تتراوح بين شهر ونصف وأربعة أشهر بالنسبة إلى معظم المرضى.

ولكن بعض المرضى يمكن أن ينهوا علاجهم فى زمن أسرع من ذلك (أو مضطرين لظروف اقتصادية أو حدود التأمين الصحي) وبالنسبة إلى بعض المرضى الآخرين خصوصًا ذوى المرض المزمن أو الذين يعانون من اضطرابات الشخصية يقفون فى العلاج لمدة سنة أو أكثر.

ومعظم المرضى يستجيبون جيدًا للجلسات الأسبوعية إلا إذا كانوا شديدي الاكتئاب أو القلق ولديهم أفكار انتحارية أو بحاجة إلى عناية أكثر.

وقبل نهاية العلاج يمكن للجلسات أن تتباعد تدريجيًا حتى يمكن إعطاء فرصة للمرضى لحل مشاكلهم واتخاذ القرارات واستخدام الأدوات العلاجية بمفردهم، والمثال التالي يقدم كيفية الطريقة التي يعطى بها المعالج فكرة للمريضة عن كيفية سير العلاج.

المعالج: إن كان يناسبك. إحنا حنقابل مرة كل أسبوع لغاية ما تشعرى بالتحسن، وبعدين نتقابل مرة كل أسبوعين وبعدين ممكن مرة كل ٣ أو ٤ أسابيع وحنقرر ده مع بعض على حسب الحالة وبعدين نقرر إمتى ننهى العلاج، ويمكن نوصى بأنك تيجى جلسة تدعيم كل كام شهر إيه رأيك؟

المريضة: كويس.

المعالج: طبعًا إنت عارفة إنه صعب دلوقت أن إحنا نقرر مدة العلاج. أنا تخمينى يمكن حوالى ٨ إلى ١٤ جلسة، ولو لقينا أن فيه مشكلة حنطول شوية عاوزه تشتغلى فيها ممكن العلاج يحتاج أكثر. برضه حنقرر ده مع بعض فى وقتها كويس؟

تعليم المريضة التعرف على طبيعة مرضها:

أغلب المرضى يريدون التعرف على التشخيص العام لمرضهم، وأنهم غير مجانيين، وأن معالجهم قد عالج حالات مشابهة من قبل، وأن حالتهم ليست غريبة أو صعبة. وعادة ما يفضل عدم استخدام تشخيص (اضطرابات الشخصية). وبدلاً من ذلك يمكن استخدام لفظ أكثر عمومية وبعيداً عن اللغة الاصطلاحية العلمية. (يبدو أنك تعاني من اكتئاب شديد على مدار العام الماضى كما أنك تعاني من بعض المشاكل فى علاقاتك مع الآخرين) وكذلك من المفضل تزويد المريضة

ببعض المعلومات الأولية عن طبيعة مرضها حتى تستطيع أن تعزو بعض المشاكل إلى مرضها، وبالتالي تتخفف من تأنيب الذات، والحوار التالي يوضح كيفية تعليم المرضى المكتئبين (وهذا بالطبع لا ينطبق على المرضى بتشخيصات أخرى).

المعالج: دلوقت آخر حاجة هو تشخيص حالتك. التقييم أظهر إنك مكتئبة جدًا ومتوترة زى مرضى كثير بنشوفهم هنا..أنا كثير متفائل تمامًا إن إحنا حنقدر نساعدك تكونى أحسن. إيه رأيك؟

المریضة: أنا كنت خايفه تفكر إن أنا مجنونة.

المعالج: على الإطلاق.. أنت عندك مرض عادى جدًا وشائع اسمه الاكتئاب، وواضح أن مشكلتك دى مشكلة أغلب المرضى اللى بنشوفهم هنا. لكن كويس، ده نوع من الأفكار التلقائية اللى تكلمنا عليها (أنت فاكرنى مجنونة). إيه رأيك دلوقت بعد ما عرفت إن ده مش حقيقي؟

المریضة: ارتحت.

المعالج: معنى كده أن تغيير أفكارك بيساعد على تغيير مشاعرك، لو عندك أفكار ثانية زى دى ياريت تكتبيها عشان نناقشها مع بعض فى الجلسات الجايه.

المریضة: بالتأكيد.

المعالج: النوع ده من الأفكار السلبية هو عرض من أعراض الاكتئاب. الاكتئاب يؤثر على نظرتك لنفسك، نظرتك للعالم ومستقبلك. بالنسبة إلى معظم المكتئبين زى ما يكونوا بيشوفوا العالم من خلال نظارة سوداء. كل حاجة سودا ومظلمة، وجزء كبير من اللى بنعمله فى العلاج إن إحنا نكشط الصبغة السوداء دى ونساعدك على إنك تشوفى الدنيا بطريقة واقعية. ياترى التشبيه ده يعنى شىء بالنسبة لك؟ {استخدام القياس التمثيلى أو التشبيهى غالبًا ما يساعد المرضى على رؤية أنفسهم من منظور مختلف}.

المريضة: أيوه أنا فاهمة.

المعالج: كويس.. تعالى نشوف شويه أعراض ثانية من أعراض الاكتئاب اللي عندك. الاكتئاب بيأثر على شهيتك ونومك ورغبتك الجنسية وطاقتك. وكمان بيأثر على دوافعك ورغباتك. ودلوقت معظم المرضى المكتئبين بيلوموا أنفسهم أنهم ما بيكونوش زى الأول. ياترى أنت فاكره آخر مرة انتقدت فيها نفسك؟ {مستوضحا أحداثا معينة}.

المريضة: أيوه أنا دلوقت بقوم من النوم متأخرة ما بلحقش أخلص واجباتي، وأعتقد إنى كسلانة وخايبة.

المعالج: دلوقت لو عندك التهاب رئوي وما بتقديرش تقومي من السرير وتخلصي كل أعمالك كنت حتقولى إنك كسلانة ومش كويسة؟

المريضة: لا.. أعتقد لا.

المعالج: هل ده يساعدك إذا عرفت تُردى على الفكرة (أنا كسلانة)؟

المريضة: محتمل، ممكن ما أشعرش إنى وحشة قوي.

المعالج: هتقدرى تفكرى فى نفسك إزاي؟ (مستوضحا استجابة المريضة بدلاً من إعطاء النصيحة بطريقة أتوماتيكية وفى ذلك تقوية لفكرة المشاركة العلاجية).

المريضة: أعتقد إنى مكتئبة وصعب علىّ أنى أقوم فى ميعادى وأخلص شغلى زى ما يكون عندى التهاب رئوي.

المعالج: كويس وتفكرى نفسك إنك لما حتستمرى فى العلاج ويخف اكتئابك، الأمور حتبقى أسهل. مش عاوزه تكتبي حاجة من الكلام ده عشان تقدرى تفكره طول الأسبوع؟ (كونه تعاونيا، ففى ذلك رسالة قوية للمريضة بأنها سوف تشارك فى عملية العلاج، وتراجع محتوى الجلسات طول الوقت).

المريضة: حاضر.

المعالج: وده كتيب صغير تقريه.. "التكيف مع الاكتئاب". (انظر ملحق د) حيفهمك أكثر عن الاكتئاب.

ملخص نهاية الجلسة وإعداد الواجب المنزلي:

مثل الملخصات الكبسولية (انظر ص.....) يربط الملخص الأخير خيوط الجلسة، ويركز على النقاط المهمة، ويشمل الملخص كذلك التذكير بما وافق المريض عليه من الواجب المنزلي. ومع تقدم سير العلاج يشجع المعالج مريضته على التلخيص.

المعالج: خيلنا نلخص اللي قلناه النهارده. إحنا حطينا الأجندة وقيمنا حالتك النفسية، حطينا أهداف العلاج وعرفنا إزاي.

الواجب المنزلي (فبراير ١).

١ - تحديد قائمة الأهداف.

٢- حينما يتغير مزاجي أسأل نفسي ما الذي يدور في عقلي الآن؟ وأدون الأفكار والتخيلات، وأذكر نفسي أن تلك الأفكار يمكن تكون صحيحة أو خاطئة

٣ - أذكر نفسي أني مكتئبة الآن، ولكني لست كسولة، وهذا يفسر الصورة في عمل واجباتي.

٤- أفكر في إعداد الأجندة للأسبوع القادم (ما هي المشاكل والمواقف) وكيف أسميها؟

٥- أقرأ الكتيب وملاحظات العلاج.

٦- أذهب للسباحة أو الجري ثلاث مرات هذا الأسبوع.

أفكارك بتأثر على مشاعرك وتكلمنا العلاج حيمشى إزاي. إحنا حنعمل حاجتين مهمين: حنشتغل في مشاكلك وأهدافك، وحنحاول تصحيح أفكارك كل ما تلاقيها مش مضبوطة. ودلوقت خيلني أشوف أنت كتبت إيه للواجب المنزلي؟ أنا عاوز أفهمك إن العلاج ده سهل ومفهوم وده حيساعدك كثير.

وينشد المعالج التأكد دائماً بأن المريضة تحقق نجاحاً في عمل الواجب المنزلى (انظر الفصل الرابع عشر).

وإذا استشعر المعالج أن المريضة يمكن أن تكون مستاءة أو مترددة في عمل الواجب المنزلى، فيمكنه أن يعرض عليها إلغائه. (تفتكرى إن عندك مشكلة فى تدوين مشاعرك وأفكارك؟ (إذا نعم) تفتكرى إن إحنا أفضل نلغيها من أجنده النهارده؟ هى مش حاجة ضرورية قوى قوى وممكن يكون لها بديل). وفى بعض الأحيان ينزعج المرضى حين سماعهم كلمة (واجب منزلى). وهنا على المعالج أن يشرح للمريضة الفرق بين الواجب المنزلى العلاجى، وهو موقف تعاونى قد صمم خصيصاً من أجل مساعدة المريض على التحسن، وبين التجارب السابقة (غالباً الواجب المنزلى الدراسي) والذي يتطلب التزاماً إجبارياً عاماً لا يكون ساراً فى أغلب الأحيان ويمكن للمعالج والمريضة معاً أن يتجاوزا ويفكرا فى تسمية أخرى مثل (أنشطة مساعدة الذات). وبحل المشكلة العملية لاستخدام مصطلح الواجب المنزلى يمكن للمعالج أن يتابع (أو يضع ذلك فى اعتباره لمناقشته لاحقاً). ماذا تعنى كلمة (الواجب المنزلى) بالنسبة للمريضة، وعليه أن يكتشف إذا كان اعتراضها على الكلمة يشير إلى أشياء أخرى (مثل رفضها أن تكون منقادة للآخرين، أو شعورها بعدم الكفاءة حين يوكل إليها مهام معينة).

ومن الواجبات الشائعة فى الجلسة الأولى (والغالبية) هو العلاج بالقراءة؛ فربما يسأل المعالج المريضة أن تقرأ فصلاً من كتاب عن العلاج المعرفى لغير المتخصصين) أو حتى نشرات تعليمية (انظر الملحق. د) (Burns, 1980, 1989) (Greenberger & Padesky, 1995; Morse, Morse, & Nackoul, 1992) وهنا يحاول المعالج أن يجعل المريضة مشاركة فى عملية القراءة (لما تقرأ الكتاب عاوزك تخطى فيه، وتكتبى تعليقاتك: إيه اللى أنت موافقة عليه؛ وإيه اللى مش موافقة عليه؟ وإيه اللى ينطبق عليك وإيه اللى ماينطبقش عليك؟). وهناك واجب شائع آخر فى الجلسات الأولى، وهو أن يطلب من المريضة الرصد والجدولة، والهدف هنا

أن المريضة تستأنف نشاطاتها التي كانت في السابق تسعد بها أو تشعرها بالكفاءة.

المردود العلاجي:

إن العنصر النهائي في كل جلسة هو "المردود" أو "التغذية الراجعة" (feed back) وفي نهاية كل جلسة يشعر معظم المرضى بشعور إيجابي تجاه العلاج والمعالج، والسؤال عن المردود يقوى ذلك الإحساس ويدعم العلاقة موصلاً الرسالة: إن المعالج يهتم بكل أفكار مريضته، وأيضاً يعطى المريضة الفرصة لكي تعبر عن مشاعرها تجاه المعالج والعلاج لكي يصحح أى سوء فهم. وفي بعض الأحيان تفسر المريضة شيئاً مما قاله المعالج أو فعله بطريقة خاصة جداً وبسؤالها عما إذا كان هناك شيء ضايقها يعطى فرصة للتعبير ومن ثم اختبار حكمها. وبالإضافة إلى الاستفسار لفظياً عن المردود يمكن للمعالج أن يسأل المريضة أن تكتب تقريراً عن العلاج (انظر الشكل ٣-٢).

المعالج: ودلوقت.. في نهاية كل جلسة حاسألك عن انطباعتك عن الجلسة وإزاي مشت، في الحقيقة إنت عندك طريقتين إما تقوليلي مباشرة عن انطباعاتك، أو تكتبيها في تقرير كتابي، وممكن تكتبيها في غرفة الانتظار بعد الجلسة مباشرة وأنا ها شوفه، وإذا كان فيه أى مشاكل، نقدر نخطها في أجنده الجلسة الجاية. دلوقت فيه أى حاجة ضايقتك أو أزعتك في جلسة النهارده؟

المريضة: لا بالعكس كانت كويسة.

المعالج: أى حاجه مهمة عاوزة تقوليلها؟

المريضة: أنا اتهيألى إنه يمكن أنا أقدر أشعر بتحسن لما أشوف إيه اللى بفكر فيه.

المعالج: كويس، أى حاجة تانية عايزة تقوليلها أو حاجة عاوزة تحطيلها في أجنده الجلسة الجاية؟

المريضة: لا.

المعالج: وهو كذلك، أنا مبسوط إنى اشتغلت معاك النهارده.. ممكن بقى تكتبى التقرير فى غرفة الانتظار، وتملى لى الفورمات الثلاثة الللى أعطيتهم لك قبل جلستنا الجاية الأسبوع الجاي. وتحاولى تعملى الواجب الللى كتبتيه فى دفتر الواجب.. تمام؟

المريضة: إن شاء الله، شكراً لك.

المعالج: أشوفك الأسبوع الجاي.

- ١- ما الذى ناقشته اليوم ومهم أن تتذكره؟
- ٢- كم شعرت أنه يمكن الوثوق بمعالجك اليوم؟
- ٣- هل ضايقتك أو أزعجتك أى شيء فى جلسة اليوم؟ إذا نعم.. ما هو؟
- ٤- كم حجم الواجب المنزلى الذى كتبتة اليوم للعلاج؟ وما استعدادك لعمل واجب جديد؟
- ٥- ما الذى يريد أن تناقشه فى الجلسة القادمة؟

الشكل ٣-٣: تقرير عن العلاج (جوديث بيك، ١٩٩٥)

فى بعض الأحيان تشعر المريضة بمشاعر سلبية تجاه الجلسة الأولى، وهنا يحاول المعالج دراسة المشكلة ومعناها بالنسبة للمريضة، ومن ثم يتدخل أو يحدد المشكلة للتدخل فى الجلسة القادمة كما فى المثال التالى:

المعالج: دلوقت فيه حاجه أزعجتك فى الجلسة دى؟

المريضة: مش عارفة مش متأكدة إن كان العلاج يناسبنى.

المعالج: تفتكرى إنه مش حيكون مجدى؟

المريضة: لأ مش كده، يعنى أنا عندى مشاكل حياتية حقيقية المسألة مش بس أفكارى.

المعالج: أنا مبسوط خالص إنك تقولى كده، دا أعطانى الفرصة إنى أقولك إنى عارف إنك فعلاً عندك مشاكل حقيقية مش معنى إنى بأكلمك عن الأفكار إنك ما عندكيش مشاكل. المشاكل مع رؤسائك، جيرانك وإحساسك بالوحدة بالطبع دى مشاكل واقعية... حنشتغل مع بعض ونحلها، أنا ما أعتقدش إن كل اللى عاوزه منك انك تشوفى أفكارك وبس وأنا آسف إن كنت اديتك الانطباع ده.

المريضة: لا لا أنا بس... مش عارفة... حاسة إنى غرقانة ومرتبكة ومش عارفة أعمل إيه.

المعالج: إنت مستعدة تيجى الأسبوع الجاى علشان نتكلم فى موضوع الارتباك أو الحيرة دى مع بعض؟
المريضة: أيوه.. أنا اتهيألى كده.

المعالج: هل الواجب المنزلى له علاقة بحالة الارتباك دى؟
المريضة: ممكن.

المعالج: إيه رأيك تتركه؟ إحنا ممكن نقرر إننا نؤجله الأسبوع ده والأسبوع الجاى نعمله مع بعض أو تأخذى الكراس ده وفى البيت تقررى إن كنت تقدرى تعمله أو لا.

المريضه: أنا حاشعر بالذنب إذا أخذته البيت وما عملتوش.

المعالج: كويس. إذن خلىنا نقرر إن بلاش تعمله خالص، ودلوقت فيه حاجة ثانية مضايقاك فى الجلسة دى؟

وهنا يدرك المعالج أهمية تقوية التحالف العلاجي، وسواء لم يلاحظ المعالج علامات عدم اقتناع المريضة فى أثناء الجلسة أو أن تكون المريضة ماهرة فى إخفائها، فإن عدم الاستفسار عن المردود أو الانطباع أو عدم مهارة المعالج

فى النقطاى المرءوء السلبى ومعالجته؁ فإنه من الممكن أن لا تحضر المريضة لجلسة أخرى وإن مرونة المعالج حىال الواجب المنزلى قد يساعد المريضة على التحقق من رىبة المريضة عن ملاءمة العلاج المعرفى لحالتها وبراءة المرءوء أو الانطباع لءى المريضة والعامل معها يظهر تفهم المعالج وتعاطفه مع مرضاه؁ مما يسهل التواصل وىءعم الثقة؁ وىنبغى على المعالج أن ىتأكد من أن ىؤكد فى بءابئة الجلسة التالية على أهمية أن تكون عملية العلاج مشركة بينهما؁ وأنهما يعملان كفريق علاجى لىفصلا العلاج والواجب المنزلى بءىث ىجدهما المريض ءوى ءءوى؁ وىستغل المعالج هءه الصعوبات لصقل أو ءحسىن مفهومه عن المرض؛ فمستقبلاً لن ىلغى الواجب المنزلى تماماً؁ ولكنه ىؤكد أنه موقف ءعاونى؁ وىءءنب أن ىشعر المريض بالارتباك أو الهم.

ملخص:

إن الجلسة العلاجية الأولى لها أهداف متعددة: تأسيس العلاقة العلاجية وصقل المفهوم المكون عن المريضة وتهيئة المريضة لعملية ونظام العلاج المعرفى وتعليم المريضة عن النموذج المعرفى وعن طبيعة مرضها ثم تقديم الأمل ومحاولة علاج بعض الأعراض. ومن الأهمية بمكان فى هذه الجلسة تدعيم العلاقة والتحالف العلاجى وتشجيع المريض على الانخراط فى عملية العلاج وترسيخ الأهداف، ويتناول الفصل القادم وصف جلسات أخرى، ويتناول الفصل الخامس الصعوبات التى تواجه بنية الجلسات.

الفصل الرابع

الجلسة الثانية وما بعدها:

البنيان والشكل

إن الجلسة الثانية تتخذ شكلاً أو تصميمًا معينًا سوف يتكرر في الجلسات التالية، وسوف يقدم هذا الفصل شكلاً للجلسات، ويصف بصفة عامة مسار العلاج من الجلسة الثانية إلى نهاية العلاج. والمرحلة الأخيرة من العلاج سوف توصف في الفصل الخامس عشر والمشاكل النموذجية، والتي تطرأ عند تهيئة المريضة في الجلسات الأولى سوف تقدم في الفصلين: الخامس والسابع عشر.

والأجندة النموذجية للجلسة الثانية وما بعدها هي كالتالي:

١. مراجعة سريعة وحديثة لحالة المريض المزاجية (الأدوية-الكحوليات-المخدرات إن وجدت).
٢. التواصل مع الجلسة السابقة.
٣. إعداد الأجندة.
٤. مراجعة الواجب المنزلي.
٥. مناقشة قضايا الأجندة، وضع واجب منزلي جديد وملخص دورى.
٦. تلخيص نهائى ومراجعة المردود.

ويستطيع المعالج المحترف أن يمزج العناصر السابقة إلى حد ما. وأما المعالج المبتدئ فينصح بأن يلتزم بسياق الأجندة وبنيان الجلسة على قدر استطاعته. إن أهداف العلاج في الجلسة الثانية هي مساعدة المرضى على أن يختاروا مشكلة أو هدفًا معينًا للتركيز عليه، وذلك لكي يبدأ المعالج في حل المشاكل وتدعيم النموذج المعرفى والتعرف على الأفكار التلقائية. وعلى المعالج أن يستمر في تهيئة المريضة للعلاج المعرفى، وأن يجعلها ملتزمة بشكل الجلسة وبنيانها، وعاملة بطريقة تعاونية مع المعالج معطيه للمردود العلاجي، وتبدأ في النظر إلى

ماضيها وحاضرها من مفهوم معرفي. وحينما تشعر المريضة بالتحسن تمامًا، يبدأ المعالج في العمل على تفادي الانتكاسات (انظر الفصل الخامس عشر).

وفوق كل ذلك يكون المعالج معنيًا ببناء التحالف العلاجي وتحسن الأعراض المرضية.

تحديث سريع ومراجعة الحالة المزاجية (والدواء):

إن مراجعة الحالة المزاجية ينبغي أن تكون مختصرة ومرتبطة بمراجعة سريعة للأسبوع الفائت.

ويحاول المعالج أن يستخلص من المريضة وصفًا ذاتيًا، ويقارنه بنتائج الاستبيانات الموضوعية التي أعطيت لها، وإن وجد تعارضًا بين تقرير المريضة عن نفسها والاستبيانات؛ فعليه أن يسأل المريضة: "أنت قلت إنك أحسن الأسبوع ده، مع أن مقياس الاكتئاب في الحقيقة أعلى من الأسبوع اللي فات، إيه رأيك في الكلام ده؟"

وكذلك يقارن المعالج بين نتائج الاختبارات السابقة والحالية.

مثلًا: "مقياس القلق أظهر درجات أقل من الأسبوع الماضي. إنت حاسة إنك أحسن الأسبوع ده؟"

والجلسة الثانية النموذجية يمكن أن تبدأ كالتالي:

المعالج: أهلاً سالي، أخبارك إيه النهارده؟

المريضة: أحسن شويه على ما أعتقد.

المعالج: ممكن ألقى نظرة على النماذج اللي معاك، وأنا بابص عليها قولى لي، إزاي الأسبوع ده مر عليك.

المريضة: كويسة في بعض الحاجات، ومش كويسة قوى في حاجات ثانية.

المعالج: إزاي بقى.. إيه اللي حصل؟

المریضة: كان الاکتئاب شویة أقل. أفکر کده.. لکن کنت قلقانة أكثر، کنت مشغولة جدًا ومهمومة علشان الاقتصاد اللي مش قادرة أركز فيه.

المعالج: ممکن نخط الامتحان فی الأجنده؟ (تهیئة المریضة لمناقشة مشاكل معینة فی الجلسة).

المریضة: نعم، وأنا کمان عندی مشكلة مع زمیلتی فی الغرفة.

المعالج: کویس، أنا حاکتب ده علشان نتکلم فيه. حاجة تانیة عاوزة تقولیها لی عن الأسبوع ده؟

المریضة: مافتکرش.

المعالج: کویس. نرجع لمزاجک، الاختبارات دی بتقول إن فيه انخفاض بسیط فی الاکتئاب وزيادة فی درجة القلق.

تعتقدی لیه اکتئابک أقل؟

المریضة: حاسة شویة إن عندی أمل. یمکن عندی إحساس أن العلاج یمکن یفید.

المعالج: (مؤكدًا علی النموذج المعرفی). یعنی إن عندک أفكار زی (العلاج یمکن یفید) والأفکار دی تخلیک متفائلة شویة وعندک أمل؟

المریضة: نعم.. وأنا سألت لیزا واحدة معایا فی فصل الكیمياء إن كان ممکن تذاکر معایا.. قضینا إمبراح یمکن ساعتین نذاکر بعض المعادلات. وده خلانى أشعر بتحسن کمان.

المعالج: إیه اللي كان بیدور فی مخک لما کنت بتذاکرى معایا إمبراح؟

المریضة: إنی حبتھا، أنا کنت سعیده لما سألتھا إن كان ممکن نذاکر مع بعض.. أنا فهمت ده أكثر دلوقت.

المعالج: إذن عندنا دلوقت مثالين على ليه حسيت إنك أحسن الأسبوع ده . أولاً أنك حسيت ببعض الأفكار المتفائلة عن العلاج وثانياً، أنت عملت حاجة مختلفة - المذاكرة مع ليزا - وواضح أنك أعطيت لنفسك مكافأة على كدة.
المریضة: آه.

المعالج: تقدری تشوفی فی الحالین دول إزای إنك لما فكرتی بإيجابية شعرتی بتحسن الأسبوع ده؟

أنا مبسوط إنك حاسة إنك أحسن.. فی دقائق أن حاعوز أتكلم عن مسار التحسن، یعنی حاحط ده فی الأجنده كمان.

(هنا قدمت سالى عرضاً مختصراً عن حالتها المزاجية).

وإذا بدأت سالى فی الإسهاب المطول يحاول المعالج فی مساعدتها على التعبير باختصار ودقة على وصف حالتها (سالى خلينى أقاطعك دقيقة، ممكن تقولى لى فى جملة واحدة أخبار اكتئابك وقلقك بالمقارنة بالأسبوع الماضى؟ أو تيجى نحط ده على الأجنده وبكدة نقدر نأخذ وقت أطول فى مناقشته؟)

ولقد ذكرت سالى أن لديها مشكلتين، وبدلاً من فتح نقاش فى هذه النقطة بدون المعالج المشاكل فى الأجنده. وإذا كان المعالج قد سمح لسالى بأن تتناقش المشاكل بطريقة مطولة لكان قد حرّمها من فرصة التفكير فى أولوية المشاكل التى ينبغى أن تتناقش فى الجلسة، وكان من الممكن أيضاً أن يضيع عليها فرصة مناقشة مواضيع يعتقد أن مناقشتها أجدى وأصلح للعلاج. وحينما يلاحظ المعالج أن هناك تغييراً فى حالة سالى المزاجية يسألها عن التغيير. وإذا كان مطابقاً فإنه يفهمها أن التغيير الذى حصل نتيجة للتغيير فى أفكار المريضة وتصرفاتها أكثر من مجرد تغيير فى الظروف الخارجية.

(يعنى أنت شعرت بتحسن. بس مش عارفة ليه: لاحظت أى تغيير فى

أفكارك الأسبوع ده؟ فى الحاجات اللي عملتيها)، وكذلك إذا لاحظ أن هناك تغييراً للأسوأ. إليه حسيت إنك أسوأ الأسبوع ده؟ ممكن يكون بسبب أفكارك أو بسبب حاجة عملتيها أو حاجة كان لازم تعملها وما عملتيهاش؟. وبهذه الطريقة يدعم المعالج بطريقة غير ملحوظة مفهوم (النموذج المعرفي) ويلمح إلى أن المريضة يمكن أن تتحكم إلى حد ما (ومن ثم مسئوليتها) فى تحسينها.

إن المراجعة السريعة لحالة المريضة المزاجية والمراجعة السريعة للأسبوع الفائت يعطى عدة فرص للمعالج. فإنه يمكنه إظهار مدى اهتمامه بحالة مريضته فى الأسبوع الفائت، وأنه يمكنه مع المريضة رصد تقدمها فى العلاج، ثم إنه يمكنه التعرف على (ومن ثم يشجع أو يعدل) استبصار المريضة بتقدمها أو عدم تقدمها فى العلاج، ويمكنه كذلك تدعيم فكرة النموذج المعرفي لديها وكيفية رؤية المريضة للمواقف المختلفة وتأثير ذلك على حالتها المزاجية.

وعند مراجعة المقاييس الموضوعية، فعلى المعالج أن يتأكد من مراجعة البنود الفردية ليلاحظ التغيرات الإيجابية أو السلبية المهمة (على سبيل المثال التغيير فى الأفكار الانتحارية أو اليأس). ويمكنه أن يسأل أيضاً عن أية معلومات إضافية غير موجودة فى المقاييس، والتي يمكن أن تكون لها علاقة بمشاكل المريضة الحالية (مثل عدد حالات نوبات الهلع عند مرضى اضطراب الهلع أو عدد أيام الشراهة عند مرضى النهام العصبي، أو عمل مقياس للغضب من صفر إلى ١٠٠ للمرضى الذين يعانون من مشكلة فى العدوانية وهكذا).

وإذا كانت المريضة تتعاطى دواء معيناً لمشكلتها فعليه مراجعة التزامها بالدواء، وإن كانت هناك أية مشاكل أو آثار جانبية أو أسئلة تتعلق بالدواء، وإذا لم يكن المعالج هو الذى وصف الدواء للمريضة فعليه - بعد استئذانها- أن يتصل بطبيبها بصورة دورية لتبادل المعلومات والاقتراحات. وعلى الرغم من أنه لا يجب على المعالج.. إذا كان غير الطبيب الذى وصف الدواء - أن يقترح تغييراً فى العلاج الدوائى فإنه يمكن مساعدة المريضة للاستجابة لاقتراحات طبيبها

بتخفيف الدواء أو تغييره إذا لزم ذلك. ويمكنه أيضًا مساعدة المريضة على صياغة وكتابة أسئلة معينة عن الآثار الجانبية والجرعات والأدوية البديلة لكي يتأكد أن المريضة تحصل على هذه الإجابات من طبيبها.

وهو يوحى للمريضة بأنه على الرغم من أن تحسنها قد يكون راجعًا جزئيًا للأدوية فإن لها دورًا كبيرًا في تحسن حالتها. وإذا لم تكن المريضة تتعاطى أى دواء فى حين يرى المعالج أن التدخل الدوائى ضرورى فعليه أن يصف لها الدواء إذا كان طبيبًا أو يشير عليها بطلب استشارة الطبيب.

التواصل مع الجلسة السابقة:

إن الهدف من هذا البند المختصر هو التعرف على إدراك وتفهم المريضة للجلسة السابقة؛ فمعرفة المريضة بأنها سوف تسأل عن الجلسة السابقة يحفزها للتحضير للجلسة الحالية بالتفكير فى العلاج طوال الأسبوع. وإذا لم تستطع المريضة تذكر ردود أفعالها أو النقاط المهمة فى الجلسة السابقة فعلى المعالج والمريضة أن يحلا هذه المشكلة حتى نستطيع أن نتذكر جيدًا محتويات الجلسة الحالية. فيمكن للمعالج مثلاً أن يقترح عليها أن تستخدم "استمارة التواصل بين الجلسات" لى تعدها للجلسة القادمة سواء شفويًا أو كتابة (انظر شكل ٤-١).

استمارة التواصل بين الجلسات:

إن السؤال عن أى ردود أفعال إضافية عن الجلسات السابقة يمكن أن يكشف عن مردودات مهمة لم تعلن عنها المريضة سابقًا. وإذا تطلب أحد بنود الاستمارة أكثر من دقيقة أو دقيقتين يمكن أن يضع المعالج علامة عليه كبند إضافي من بنود الأجنده. إن هذا التواصل من الجلسة السابقة يساعد فى تأهيل المريضة للعملية العلاجية موجهًا إليها بأنها مسئولة عن مراجعة مكونات كل جلسة لتخبر المعالج إن كانت قد تضايقت من أى شيء فى الجلسة أو فى المعالج.

- ١- ما أهم ما تحدثنا عنه فى الجلسة السابقة؟ ماذا تعلمت؟ (٣-١ جمل)
- ٢- هل هناك أى شيء ضايقتك فى الجلسة السابقة؟ أى شيء متردد فى قوله
- ٣- كيف كان أسبوعك ؟ كيف كانت حالتك المزاجية بالمقارنة بالأسابيع الأخرى؟ (٣-١ جمل)
- ٤- هل حدث شيء فى هذا الأسبوع يستوجب المناقشة؟ (٣-١ جمل)
- ٥- ما المشاكل التى تريد وضعها فى هذه الأجندة (٣-١ جمل)
- ٦- ما الواجب الذى عملتيه أو لم تعمله، وماذا تعلمت؟

الشكل (٤-١) استمارة التواصل بين الجلسات

المعالج: وبعدين، أنا عاوزك تعملى جسر بين الجلسة الماضية والجلسة دي. وحنعمل كده فى كل جلسة، أولاً إيه اللي أخذتيه من الجلسة الماضية؟ إيه الشيء المهم؟

المريضة: نعم. حاجتين، أفنكر إنى استريحت لما قابلتك وعرفت أشياء عن العلاج المعرفى ولما عرفت إنى عندى اكتئاب ومش مجنونة. والحاجة الثانية هى إزاي لما أفكر فى حاجة بتأثر على مشاعري.

المعالج: كويس. دلوقت سؤال ثانى. فيه أى حاجة ضايقتك فى الجلسة الماضية؟ المريضة- لا.. أعتقد إنها كانت كويسة.

وإذا ذكرت المريضة أى شيء ضايقتها فى الجلسة الماضية، يمكن للمعالج اكتشافه مع المريضة فى الحال أو يضع ذلك فى (الأجندة) العلاجية، وكذلك إذا لم تستطع المريضة تذكر أى شيء من محتويات الجلسة السابقة يمكن للمعالج أن يسألها (أنت فاكرة إحنا أتكلنا عن العلاقة بين التفكير والمشاعر؟) أو يمكن أن يقول (إيه رأيك لو راجعنا ثانى النموذج المعرفى فى أجندة اليوم؟).

وكما سبق أن ذكرنا يمكنه أيضًا أن يشير إلى أنه على المريضة أن تتحمل المسؤولية من الآن فصاعدًا عن تذكر ما جرى في الجلسات متسائلًا (إيه اللي ممكن تعمليه الأسبوع الجاي علشان تفكرى اللي اتكلمنا فيه النهارده؟).

ولاحظ أن السبب الرئيسي في فشل المريضة في تذكر محتوى الجلسات هو فشل المعالج في تشجيع المريضة على كتابة النقاط المهمة أثناء الجلسة نفسها.

إعداد جدول الأعمال (الأجندة):

بصفة عامة يتحمل المعالج العبء الأكبر في إعداد الأجندة في مراحل العلاج المبكرة ثم يحول العبء بالتدريج إلى المريضة، وأنه من المهم أن تتعلم المريضة مهارات إعداد الأجندة بنفسها حتى تستمر في العلاج الذاتى بعد انتهاء مدة العلاج (الفصل الخامس عشر).

المعالج: دلوقت هنحضر الأجندة لليوم، إحنا ذكرنا امتحانك و مشكلتك مع زميلتك فى السكن وكمان عاوز أتكلم عن التحسن وشويه عن الأفكار التلقائية، وطبعا حاراجع الواجب، فيه أى شيء ثانى؟
المريضة: لا.. أعتقد لا.

المعالج: دى أجندة طموحة شوية، إذا الوقت ماكفاش نقدر نكملها الأسبوع الجاي؟
(مساعدًا المريضة لترتيب أولوياتها)

المريضة: أنا أتهيا لى مشكلتى مع زميلتى ممكن تتأجل للأسبوع الجاي.

المعالج: ماشى .. حنخليها فى آخر الأجندة. وحنحاول نتكلم فيها، وإذا ماقدرناش حنأجلها للأسبوع الجاي، لأنها كمان مهمة وغالبًا ما يحتاج المرضى إلى بعض التشجيع فى البداية لاقتراح مواضيع الأجندة. فربما لا يكونون على وعى كامل بما يؤرقهم، أو ربما يكونون غير متأكدين من المواضيع المناسبة. وعلى المعالج مساعدة المريضة ذكر المشاكل التى تحتاج إلى

حلها. (إيه المشكلة أو المشاكل اللي هنركز عليها النهارده؟)

(إيه اللي هنحطه فى الأجنده علشان نساعدك فيها النهارده؟)

(هنشتغل فى إيه النهارده؟).

وإذا كانت هناك بنود كثيرة فى جدول الأعمال (الأجنده) يعمل المعالج والمريضة معا على ترتيب الأولويات حسب الأهمية وكذلك الوقت المطلوب لتغطية كل بند، وتأجيل بند أو أكثر للأسبوع القادم إذا لزم الأمر.

إنه من المهم أن نلاحظ أن المعالج ليس عليه أن يلتزم التزامًا تامًا بالأجنده فى كل الأوقات، وفى الواقع تحت ظروف معينة يجب على المعالج ألا يتبع الأجنده، وإذا فعل ذلك ينبغى أن يجعل هذا الخروج عن الأجنده واضحًا وصريحًا، وعليه أخذ موافقة المريضة.

المعالج: سالى.. أنا شايف إنك لسه مشغولة بحكاية الامتحان، لكن الوقت قرب ينتهى، تيجى نقضى الوقت الباقي فى مناقشتها ونأجل بقية البنود للأسبوع الجاي أو ناخذ كمان خمس دقائق فيها وبعدين يكون عندنا شوية وقت علشان نناقش علاقتك مع زميلتك فى السكن.

المريضة: أفكر مشكلة زميلتى ممكن تتأجل للأسبوع الجاي.

المعالج: ماشى.. خلينى أكتب الكلام ده وبعدين نرجع لموضوع الامتحان.

ويمكن للمعالج أن يقترح تغييرًا فى كيفية قضاء الوقت فى أثناء الجلسة لأسباب كثيرة؛ فمثلاً - وكما فى الحوار السابق - فإن المريضة قد تكون قلقة جدًا بشأن موضوع معين ونحتاج إلى وقت أطول لمناقشته. أو قد يظهر موضوع جديد له علاقة بالموضوع، أو تكون حالة المريضة المزاجية قد تحولت إلى الأسوأ خلال الجلسة.

وعلى المعالج أن يوجه المريضة بعيدًا عن المواضيع الجانبية وغير

المدرجة على قائمة الأجندة، والتي لا تساعد كثيراً في عملية تقدم العلاج. وهناك استثناء جدير بالذكر حينما يقم المعالج المريضة عمدًا في محادثة عرضية بهدف معين (وعادة ما تكون محادثة مختصرة). فمثلاً يمكن للمعالج أن يسأل عن فيلم قد شاهدته المريضة حديثاً أو يسأل عن أسرتها أو يسأل عن بعض الأحداث الجارية لإيقاظ مشاعرهما أو تسهيل عملية التواصل أو تقييم وظائفها المعرفى أو مهاراتها الاجتماعية.

مراجعة الواجب المنزلى:

أكدت الدراسات أن المرضى الذين يعملون واجبًا منزليًا بانتظام يظهرون تحسناً أفضل من الذين لا يعملونه (Persons et al;1988;Niemeyer & Feixas,1990) ومراجعة الواجب المنزلى عند كل جلسة يدعم هذا السلوك، ويؤكد قيمة ما بين الجلسات. ومن تجاربنا وجدنا أنه إذا لم يراجع الواجب المنزلى بانتظام يبدأ المريض بالاعتقاد بأنه غير مهم، ويقل الاهتمام به بصورة درامية. وفي بعض الأحيان تكون مراجعة الواجب قصيرة جداً، وفي أحيان أخرى قد تستغرق الجلسة كلها وخصوصاً إذا كانت المواضيع التي يراد مناقشتها موجودة فى الواجب المنزلى (سوف يناقش الواجب المنزلى بالتفصيل فى الفصل الرابع عشر) وفى التالى عن كيف يمكن للمعالج أن يراجع الواجب المنزلى.

المعالج: وبعدين فى الأجندة الواجب المنزلى.. إيه اللى عملتيه؟

المريضة: أنا قرأت الكتيب اللى أعطيتيه لى.

المعالج: يا ترى جيتيه معاك؟ ممكن تطلعيه وتقولى لى إيه اللى اتعلمتيه وتعتدى أنه مهم؟ (ويقضى المعالج والمريضة بعض الوقت لمناقشته) عندك أى سؤال ثانى عن أى حاجة؟ فيه أى حاجة ثانية مش واضحة، أو حاسة أنها مش منطقية أو صعبة عليك؟

المريضة: لا.. بالنسبة للكتيب أعطاني بعض الأمل.

المعالج: كويس.. كان فيه واجب ثاني.. إنك تشوفى أفكارك التلقائية لما مزاجك يتغير.

المريضة: الحقيقة أنا حاولت، بس ما أفكرش إنى دائماً بأعرف أنا بأفكر فى إيه.

المعالج: معلش.. إحنا حانتكلم عن الأفكار التلقائية فى كل جلسة لغاية نهاية العلاج، علشان واجب الأسبوع ده. هل كنت بتقدرى تتعرفى على أفكارك التلقائية لما كانت حالتك المزاجية بتتغير.

المريضة: نعم.. أفكر كده بس ما كتبتش حاجة.

المعالج: إيه كان الموقف؟

المريضة: كنت قاعدة فى الفصل وفجأة حسيت إنى قلقانة جداً.

المعالج: إيه اللي كان بيدور فى مخك.

المريضة: فكرت أن الامتحان بيقترب ومفيش أية طريقة علشان أكون مستعدة له.

المعالج: كويس.. خلينى اكتب الكلام ده.. ممكن نرجع بعدين للأفكار دى لما نتكلم عن الامتحان.

المريضة: أيوه.

المعالج: فيه أى أفكار تلقائية أخذت بالك فيها الأسبوع ده؟

المريضة: فى الحقيقة لا.

المعالج: خاينا نشوف بقية الواجب.. يا ترى أضفت أية أهداف جديدة لقائمة الأهداف؟

المريضة: لا.. أنا بصيت فيها بس ما فكرتش فى أى حاجة ثانية.

المعالج: تمام.. خلى نسختك معاك، ولو فكرت فى أى حاجة ثانية تحبى تضيفيها، خلىنى أعرف. وعملت إيه مع تذكير نفسك إن الشغل صعب علشان أنت مكتتبه مش علشان كسلانه؟

المريضة: كويسة شوية.. أنا مسكت نفسى بعض المرات، وفكرت بالطريقة دى.

هنا ينوى المعالج مراجعة كل التزامات الواجب المنزلى خلال الجلسة، ولذا فقد حدد الأفكار التلقائية المتعلقة بالامتحان لمناقشتها فيما بعد فى الجلسة العلاجية. وليس المعالج مضطراً إلى مراجعة الواجب المنزلى منفصلاً عن بقية بنود الأجنده. وفى الواقع، فإن معظم المعالجين المحترفين يدمجون مراجعة الواجب المنزلى مع مناقشة مواضيع الأجنده.

ولكن المعالج المبتدئ عليه دائماً أن يتذكر أين هو من الجلسة وما هو باق للمناقشة، وأنه لمن الأسهل أن نلتزم بالبنيان الظاهر ونحدد الأشياء التى يمكن مناقشتها فيما بعد، وأنه لمن الأسهل لهذا المعالج على سبيل المثال أن يناقش الامتحان، ولكنه سوف يخفق فى مراجعة بقية الواجب المنزلى.

مناقشة مواضيع الأجنده وإعداد

واجب منزلى جديد وملخصات دورية:

فى أغلب الأحيان يسأل المعالج المريضة عن أى مواضيع الأجنده تفضل أن تبدأ بها، وبذلك يساعد المريضة أن تكون أكثر فاعلية واعتداداً بالنفس وتحملاً للمسئولية. وفى أحيان أخرى يأخذ المعالج زمام المبادرة فى اختيار المواضيع التى يبدأ بها وخصوصاً إذا رأى أن اختياره لموضوع ما من مواضيع الأجنده سوف يؤدى إلى تقدم كبير خلال الجلسة.

(إيه رأيك نبدأ بمناقشة موضوع العمل المؤقت؟)

ويمزج المعالج أهدافه العلاجية كلما وجد ذلك مناسباً مهما كان الموضوع

- المطروح للمناقشة؛ ففي هذه الجلسة الثانية، لا يطمح المعالج فقط إلى مساعدة سالى فى حل مشاكلها، ولكنه أيضاً يطمح إلى:
١. ربط المواضيع بالأهداف العلاجية لسالى.
 ٢. تدعيم النموذج المعرفي.
 ٣. الاستمرار فى تعليم سالى على التعرف على أفكارها التلقائية.
 ٤. المساعدة فى التخفف من بعض الأعراض من خلال مساعدة سالى للاستجابة إلى مشاعر القلق لديها.
 ٥. وكالعادة الحفاظ على بناء العلاقة العلاجية من خلال التفهم الدقيق.

البند رقم (١) فى الأجنحة:

- المعالج: كويس.. خلىنا ناخذ نظرة على الأجنحة، تفنكرى نبدأ منين؟ ممكن نختار هدف نشغل فيه نتكلم عن امتحانك، أو نتكلم عن التحسن.
- المريضة: افتكر فى امتحاني، أنا حقيقى مشغولة به.
- المعالج: فى الحقيقة ده مناسب علشان هدفين أساسيين فى علاجك. مش كده؟ تحسن درجاتك وتقليل التوتر بسبب الدراسة.
- المريضة: آه.
- المعالج: كويس.. ممكن تعطينى ملخص سريع على اللى حصل الأسبوع ده؟ قد إيه ذاكرتى؟ إيه اللى حصل فى تركيزك.
- المريضة: أنا نويت أذاكر كل الوقت لكن كل مره أقعد فيها للمذاكرة، أحس إنسى عصبية، أحياناً أحس أن مخى ما بيشتغلش، وأضطر أقرأ الصفحة كذا مرة.
- المعالج: هو الامتحان إمتى؟ وحيطى كام فصل تقريبا (وبهذا يحصل على معلومات أكثر ليستطيع أن يساعدها على حل المشكلة والتعرف على أى تشوش فى أفكارها).

المريضة: هو بعد أسبوعين، وأعتقد أنه حيغطى الفصول الخمسة الأولى.

المعالج: وقد ايه ذكرتى.. ولو مرة واحدة.

المريضة: حوالى ٣ فصول.

المعالج: ويا ترى لسه فيه حاجات فى الفصول دى مش فاهماها؟

المريضة: حاجات كثيرة.

المعالج: يعنى باختصار، عندك امتحان بعد أسبوعين، وأنت قلقانة علشان مش

مذاكرة المادة كويس.

المريضة: مضبوط.

فى هذا الجزء الأول، يسأل المعالج عن مراجعة شاملة للمشكلة، وبمهارة يعطى نموذجًا للمريضة عن كيفية عرض مشكلتها بصورة واضحة ومحددة، وبعد ذلك يساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية بجعلها تتذكر موقف معين.

المعالج: ممكن تتذكرى موقف معين الأسبوع ده، لما فكرت فى المذاكرة أو حاولت تذاكرى والقلق زاد خالص.

المريضة: طبعًا أكيد.. الليلة اللي فاتت.

المعالج: كانت الساعة كام؟ وكنت فين بالضبط؟

المريضة: كانت الساعة سابعة ونص.. وكنت رايحه للمكتبة.

المعالج: ممكن تتصوريتها فى مخك دلوقت؟ كانت الساعة سابعة ونص وأنت رايحة للمكتبة، ايه اللي كان بيدور فى مخك؟

المريضة: لو أنا سقطت فى الامتحان؟ لو أنا فشلت فى المساق ده، يا ترى حا قدر أعدى السنة (الترم) دي؟

المعالج: كويس.. يعنى كنت قادرة تتعرفى على أفكارك التلقائية وإزاي الأفكار سببت لك القلق؟

المريضة: جدًا.

المعالج: ما وقفتيش وسألتى نفسك.. طيب ولو نجحت؟ ممكن أعدى المساق كله.. ممكن أدخل فى المساق الجاى وأنا مستعدة أكثر (هنا يستغل المعالج هذه المشكلة لتدعيم النموذج المعرفى قبل الدخول فى حل المشكلة)

المريضة: لا.

المعالج: إيه اللي كان ممكن يحصل فى مزاجك لو فكرت كده؟

المريضة: لو أنا اعتقدت كده، كنت هأشعر أنى أحسن.

المعالج: خلىنى أكلّمك أكثر عن الأفكار التلقائية. إحنا بنسميها "تلقائية" علشان هى بتدخل فجأة فى مخك ومعظم الوقت أنت ما تكونيش واعية بيها. أنت بتكونى واعية بالقلق أو الحزن اللي بتسببها، وحتى لو كنت واعية بيها، أنت ما بتفكريش تراجعها إن كانت صح أو لا. أنت بتقبلها كأنها صح. اللي حا تتعلميه هنا هو إنك إزاي تتعرفى على الأفكار دي.. وإزاي تراجعها وتشوفى إذا كانت هى صحيحة مية فى المية أو فيها شوية تشويش. دلوقت خلىنا نبص على أول فكرة مع بعض. إيه الدليل على أنك حتفلى فى الامتحان؟ (وهذه بداية تقييم الأفكار التلقائية).

المريضة: أنا مش فاهمة كل حاجة كويس.

المعالج: فيه دليل ثانى؟

المريضة: لا.. بس الوقت بقى ضيق جدا

المعالج: طب فيه أى دليل إن ممكن ما تفشليش؟

المريضة: أنا عملت كويس فى الاختبار الأول.

المعالج: فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أنا فهمت الفصلين الأوليين أكثر من الثالث، هو الفصل الثالث ده. اللي أنا عندى مشكلة معاه.

المعالج: إيه اللي ممكن تعمله علشان تدرسى الفصل الثالث كويس؟ (بداية العمل على حل المشكلة، معطيا المريضة الأولوية فى الكلام).

المريضة: أقدر أقرأه ثاني، ممكن أبص فى كراس المحاضرات؟

المعالج: أى حاجة ثانية؟

المريضة: (تتردد) مش قادرة أفكر فى أى حاجة ثاني. ممكن.. يفترض أنى أسأل مساعد المدرس، أو الشاب اللي ساكن تحت واللى خلص الكورس ده السنة اللي فاتت.

المعالج: دا كويس خالص، دلوقت إيه رأيك فى توقعاتك إنك حتفشلي؟

المريضة: أنا اتھيا لى أعرف بعض المدرسين، أنا ممكن أطلب منهم المساعدة

المعالج: ودلوقت حاسة بأيه؟

المريضة: أقل قلقا على ما أظن

المعالج: كويس.. علشان نلخص.. إن كان عندك أفكار تلقائية كثيرة الأسبوع ده خليتك تشعري بالقلق وخصوصا لما تبطلى تقيمي الأفكار دى بالعقل، فيه حاجات كثيرة ممكن تخليكي تتجحي، لما بصيت على الأدلة، وجاوبت على الأفكار دي. بتحسى إنك أحسن.. مطبوط؟

المريضة: ده صحيح.

المعالج: دلوقت نقدر نقول إن التعرف على الأفكار التلقائية ومراجعتها مهارة لازم

تتعلمها، زى ما بتتعلمى إزاي تسوقى أو تكتبى على الآلة الكاتبة.. ممكن تلاقيها صعبة فى الأول.. لكن مع التمرين حاتبقى أحسن وأحسن. وأنا حأعلمك عن الحكاية دى فى الجلسات الجاية.. دلوقت اللى عاوزك تعمله الأسبوع ده هو أنك تحاولى تتعرفى على بعض الأفكار. ممكن ما تكونيش شاطرة قوى فى الأول، لكن ما تخافيش.

المريضة: حا حاول.

المعالج: كلمه ثانية على الكلام ده، لما تسجلى بعض الأفكار التلقائية فكرى أن ممكن الأفكار دى ممكن تكون صح وممكن تكون غلط، وإلا فإن كتابتها بس كده بدون محاولة تقييمها ممكن تخليك أسوأ.

المريضة: ما شى.

المعالج: أحسن نكتب بعض اللى قلناه دلوقت.(هنا يكرر المعالج الطلب).. وفى أثناء الكتابة، إن كان فيه واجب منزلى من الأسبوع الماضى وعاوزه تستمرى فيه الأسبوع ده. ممكن كان أنك تكونى عاوزة تضيفى خطة جديدة لامتحانك (انظر شكل ٤-٢)

فى هذا الجزء ينجز المعالج عدة أشياء فى نفس الوقت. فهو يناقش بند من بنود الأجنده ذات الأهمية بالنسبة للمريضة، ويحاول الوصول إلى الأهداف العلاجية، ويعلمها عن الأفكار التلقائية، ويساعدها على التعرف عليها وتقييمها وكيفية التجاوب مع الأفكار الضاغطة، ويسهل علاج الأعراض بتخفيف قلق المريضة، ويعطى واجبا منزليا جديداً، وينبه المريضة أن تكون لديها توقعات واقعية عند تعلم مهارات جديدة.

(سوف نتناول فى الفصل السادس والثامن بالتفصيل كيفية تعليم المرضى الأفكار التلقائية وكيفية تقييمها).

البند رقم (٢) فى الأجندة:

فى الجزء التالى يعطى المعالج للمريضة بعض المعلومات عن سير التحسن، وكلما انتهى من جزء من الجلسة يقوم بتلخيصه أولاً.

المعالج: كويس.. إحنا دلوقت اتكلمنا عن الفصل الدراسى الأول، وإزاي إن أفكارك التلقائية خلتك قلقه، وعطلت حل المشكلة، وبعدين عاوزين نتكلم فى خط سير التحسن، إذا كان ده يناسبك.

المريضة: أكيد.

المعالج: أنا مبسوط إنك اليوم أقل اكتئابًا، وأتمنى أن تستمرى فى التحسن.. لكن ما تتوقعيش إنك حا تشعري بالتحسن ده كل أسبوع لغاية ما ترجعى طبيعية. لازم تتوقعى إنك مرات حتكونى أحسن وساعات لآ. أنا ليه بقولك الكلام ده؟ تخيلى نفسك حتشعري بآيه لو كنت فاكرة إنك باستمرار حتشعري بتحسن وبعدين لقيتى نفسك أسوأ؟

المريضة: ساعتها حا فقد الأمل تمامًا.

المعالج: دا صحيح. علشان كده عاوزك تتذكرى دائمًا إنه ممكن حالتك تتراجع. والتراجع ده جزء من مسيرة التحسن. إيه رأيك تكتبى حاجة من الكلام ده؟.

(انظر الفصل الخامس عشر حيث توجد مناقشة موسعة عن تجنب

الانتكاسات وبيان مصور عن المسار الطبيعى للعلاج.)

١. حينما ألاحظ تغيراً في حالتي المزاجية، أسأل نفسي، ما الذى يجرى بداخل رأسى الآن، وأدون كل الأفكار التلقائية (والتي يمكن أو لا يمكن أن تكون صحيحة تماماً، أحاول عمل ذلك على الأقل مرة يومياً.
٢. إذا لم أستطيع تصور أفكارى التلقائية، أدون فقط الموقف وأتذكر.. أن تعلم التعرف على أفكارى هى مهارة تتحسن بالتمرين مثل الطباعة.
٣. أسأل رون ليساعدنى فى فهم الفصل الخامس فى كتاب الاقتصاد.
٤. أقرأ النوتة العلاجية.
٥. الاستمرار فى الجري، السباحة.. الخطة (٣) عمل نشاط مع جين (زميلة السكن).

الشكل (٤ - ٢) واجب سالى المنزلى (الجلسة ٢)

الملخصات الدورية:

يعمل المعالج نوعين من التلخيص خلال الجلسة. النوع الأول هو ملخص سريع عن اكتمال جزء من الجلسة، وهكذا فهو والمريضة يكون لديهما فهم واضح لما أنجزاه وما الذى سوف يفعلاه بعد ذلك.

المعالج: كويس.. دلوقت كده خلصنا الكلام عن مشكلة أنك تلاقى الوقت والحافز علشان تبدأى تجرى وتسبحى واتفقنا أنك تجرى مرتين الأسبوع ده على سبيل التجربة وبعدين ممكن نرجع للواجب اللي عملتيه الأسبوع ده، وهو محاولة التعرف على أفكارك التلقائية؟

ونوع آخر من التلخيص هو تلخيص محتوى ما قدمته المريضة. هنا يحاول المعالج أن يلخص جوهر عبارات المريضة، ولكنه يحاول ذلك بكلماتها هي. فغالبا ما يشرح المرضى بتفصيل شديد، ويلخص المعالج ليؤكد أنه قد فهم

بدقة ما تعاني منه المريضة من متاعب وليقدمها بطريقة أكثر دقة ووضوح لكليهما، وكذلك إظهار النموذج المعرفى مرات ومرات. وهو يستعمل كلمات المريضة نفسها بقدر الإمكان لكي يوصل الفهم الصحيح، ولكي تبقى المشكلة الأساسية واضحة في ذهنها.

المعالج: خلىنى أتأكد، أنى فهمت، أنت فكرت فى أنك تشتغلى شغل مؤقت، لكنك فكرتى (أنا عمرى ما حا أقدر عليه) والأفكار دى خلتك حزينة جدًا حتى إنك قفلت الجريدة ورحت تنامى وبكيت لمدة نصف ساعة.. مضبوط؟

وأما إذا عبر المعالج عن أفكار المريضة بأفكار تقريبية، ولم يستطع تذكر كلماتها الحرفية (زى ما يكون أنت ما كنتيش متأكدة أنك حتشغلى كويس لو لقيتى عمل مؤقت) فإنه بذلك يجعل الأفكار التلقائية والمشاعر أقل قوة، وبالتالي فإن التقييم يكون أقل فاعلية، وأن التلخيص باستخدام كلمات المعالج يجعل المريضة تعتقد أنها لم تفهم جيدا بواسطة المعالج.

المريضة: لا.. مش كده. مش أنى ممكن ما أعملش كويس لا.. أنا خايفة أنى ما أقدرش عليه خالص.

الملخص النهائى والمردود:

وبعكس ما سبق يمتنع المعالج عن تفعيل الأفكار السلبية، والتي تسبب ضغطاً على المريضة فى التلخيص النهائى. وهنا يهدف المعالج؛ لأن يجعل النقاط الرئيسية التى نوقشت خلال الجلسة واضحة تماما وبلمسة نهائية، ولأن هذه جلسات أولية فينبغى على المعالج نفسه أن يقوم بالتلخيص. ومع تقدم المريضة فى العلاج يمكنها أن تقوم هى بهذا العمل، ويكون التلخيص أكثر سهولة إذا كانت المريضة قد كتبت ملاحظات قد غطت معظم النقاط. وفى السياق التالى مثال واضح لعمل الملخص واستيضاح المردود.

المعالج: كويس.. دلوقت فاضل لنا دقائق، خلىنى أخص اللى غطيناه النهارده وبعدين حاسأل عن رد فعلك على الجلسة.

المريضة: ماشي

المعالج: واضح أن عندك بعض الأفكار المتفائلة الأسبوع ده، وبالتالي كنت أقل اكتئابًا، لكن قلقك زاد وده لأنك افترضت توقعات سلبية عن الامتحان. ولما راجعنا الدلائل على إمكانية رسوبك. طلعت مش مقتنعة وأنت ذكرت شوية استراتيجيات كويسة تساعدك في المذاكرة وحتبدأي في بعضها من النهارده لغاية الجلسة الجايه. وكمان قلنا حتفكرى نفسك بإيه لو حصل أى تدهور فى مزاجك وبعدين اتكلمنا عن التعرف وعن تقييم أفكارك التلقائية ودى زى ما قلنا مهارة حفضل نتدرب عليها طول مدة العلاج. هو ده كل اللي قلناه؟

المريضة: أيوه.

المعالج: فيه أى حاجة النهارده قلتها، ضايقتك؟ أى حاجة تفكرى إني عملتها غلط؟
المريضة: أنا بس قلقانه شويه إني ممكن أنتكس.

المعالج: كويس.. أى انتكاسة ممكنة.. ولو لقيتى نفسك أسوأ خالص ممكن تتصلى بى حتى قبل موعدنا الجاي.. و من الناحية الثانية ممكن الأسبوع الجاي تبقى أحسن بكثير.

المريضة: أتمنى كدة.

المعالج: إيه رأيك نخط كلمة (الانتكاسة) على أجندة الأسبوع الجاي؟

المريضة: أنا اتهاى لى كدة.

المعالج: فيه أى حاجة ثانى مضايقاكي؟ أو فى حاجة كانت ظاهرة قوى فى جلسة اليوم؟

المريضة: لا.. باستثناء إني ما كنتش مدركة بوضوح قبل كده، إيه اللي ممكن عمله علشان أذاكر كويس.

المعالج: هنتكلم فى الموضوع ده أكثر الأسبوع الجاي: (إيه الأفكار اللى كسبتبها
علشان تقدرى تكونى قادرة على حل مشاكلك بنفسك)، كويس؟.. أشوفك
الأسبوع الجاي.

وإذا شعر المعالج أن المريضة لم تعبر عن رد فعلها تجاه الجلسة أو إذا
قدر أن المريضة قد تغادر الجلسة بدون فهم صحيح لما تعلمته فربما يسألها أن
تكتب تقريراً كاملاً عن العلاج سواء كان شفهيًا أو كتابيًا (انظر الشكل 3-3).

الجلسة الثالثة وما بعدها:

إن الجلسات التى تلى الجلسة الثانية تبقى دائماً على نفس الشكل أو البنيان.
ويتغير المحتوى على حسب مشكلات المرضى وأهداف المعالج. وفى هذا الفصل
سوف نتناول الخطوط الرئيسية لمسار العلاج عبر الجلسات، ويوجد وصف
تفصيلي للتخطيط العلاجي فى الفصل السادس عشر.

وكما ذكرنا سابقاً يقود المعالج مريضته فى اقتراحات بنود الأجندة،
ويساعد المريضة على التعرف وتصحيح الأفكار التلقائية، ويصمم مهمات الواجب
المنزلى ويقوم بتلخيص الجلسة. وكلما تقدم العلاج يكون هناك انتقال تدريجي
للمسئولية، ومع اقتراب نهاية العلاج تستطيع المريضة بنفسها أن تقرر كل بنود
الأجندة، مستخدمة أساليب مثل (سجل الأفكار المعطلة) (انظر الفصل التاسع) لكى
تقيم أفكارها، وتصمم واجبها المنزلى بنفسها، وتلخص الجلسات أيضاً.

وهناك تحول تدريجي آخر من التأكيد على الأفكار التلقائية إلى التركيز
على الأفكار والمعتقدات التحية (انظر الفصل العاشر والحادى عشر). وكذلك
تحول على التركيز النسبى على التغيرات السلوكية وإن كان بطريقة غير محسوبة.
ويشجع المرضى المكتئبين من البداية على جدولة نشاطاتهم، وعلى أن يكونوا أكثر
نشاطاً. (انظر الفصل الثانى عشر) (قد لا يستطيع المرضى الشديد والاكنتاب
التركيز على الوظائف المعرفية، ويركز المعالج على تنشيطها سلوكياً حتى تخف

عندهم درجة الاكتئاب ثم يسمح لهم بالأعمال المعرفية).

ويعود المعالج إلى التأكيد على التغييرات السلوكية من أجل أن تستطيع المريضة اختبار أفكار أو معتقدات معينة أو تمارس مهارات جديدة مثل مهارة توكيد الذات (انظر الفصل الثاني عشر) وعند اقتراب نهاية العلاج يتوجب تحول آخر وهو إعداد المريضة لانتهاء العلاج، وكذلك تجنب الانتكاسة (انظر الفصل الخامس عشر).

وينبغي أن يتذكر المعالج جيدًا مرحلة العلاج حينما يخطط لجلسة ما. وكما ذكرنا في الفصل الثاني يستمر المعالج في استخدام (تصوره للمريض) ليقود العلاج. وعلى المعالج أن يدون بنود الأجندة في ورقة العلاج (٤-٣) قبل الجلسات، ويمكنه التخلص من بعض البنود إذا كان ذلك ضروريًا. وكما يجب على المريضة أن تعد تقريرًا عن حالتها المزاجية مع مراجعة مختصرة للأسبوع الفائت، وتحديد مواضيع الأجندة. كذلك على المعالج صياغة أهداف العلاج في ذهنه لكل جلسة. على سبيل المثال في الجلسة الثالثة تكون أهداف المعالج هي البدء في تعليم سالي بطريقة منظمة كيفية تقييم أفكارها التلقائية والاستمرار في جدولة نشاطاتها السارة. وفي الجلسة الرابعة يحاول المعالج أن يساعد سالي على حل بعض مشاكلها في إيجاد عمل مؤقت والتعامل مع أفكارها المعطلة. ويعمل المعالج باستمرار على تطابق أهدافه العلاجية مع بنود أجندة سالي؛ أي يعلمها النموذج المعرفي ومهارة حل المشاكل من خلال البنود التي تقترحها.

وهذا الخليط من مساعدة المريضة على حل مشاكلها مع التعامل مع الأفكار التلقائية يسمح للمعالج والمريضة بمناقشة موضوع أو موضوعين بعمق من مواضيع الأجندة في الجلسة الواحدة.

ولكى يتضح للمعالج تصور (تكوين المفهوم) عن المريض، ولكي يحتفظ بخطط من التواصل بين ما تم تغطيته في الجلسة وما سوف يناقش في الجلسة القادمة ينبغي على المعالج أن يدون ملاحظاته في أثناء الجلسة انظر الشكل (٤-٣).

ويحتفظ كذلك بنسخة من ملاحظات المريضة، وأنه من المفيد أن يدون المعالج المشكلة أو المشكلات التي نوقشت، وكذلك الأفكار والمعتقدات (تكتب حرفياً) التي طرحت، وإلى أى درجة تؤمن بها المريضة. والتدخلات، العلاجية التي حدثت في الجلسة والاتجاهات النسبية التي حققتها هذه التدخلات. وكذلك الأفكار الجديدة التي أعيد تنظيمها، والمعتقدات الصحيحة، ودرجة اقتناعها بها، والواجب المنزلي، والمواضيع التي ستناقش في أجندة الجلسة القادمة. وحتى المعالج المحترف قد يجد صعوبة في تذكر كل هذه البنود إذا لم يتم تدوينها.

والفصول التالية سوف تناقش المشاكل المتعلقة باتباع الهيكل أو الشكل الموصوف.. وأما الفصل السادس عشر فقد حدد الخطوط العريضة لجلسة علاجية مبكرة، ووصف باختصار العلاج عبر الجلسات؛ فيصف بالتفصيل كيف نخطط للعلاج قبل الجلسات وخلال الجلسات وعبر الجلسات.

مذكرات العلاج

اسم المريضة: سالى التاريخ: ٣/١٥ رقم الجلسة: ٧
العلامات الموضوعية: اختباريك للاكتئاب = ١٨، اختبار بيك للقلق = ٧..
مقياس اليأس = ٩

أجندة المريض: مشكلة فى ورقة الإنجليزى.

أهداف المعالج: الاستمرار فى تطوير التفكير المثالى، التقليل من القلق وتجنب المشاركة فى الصف

أهم عناصر الجلسة:

١. كانت أقل اكتئابًا وقلقًا هذا الأسبوع
٢. (الموقف/ المشكلة) الأفكار التلقائية المشاعر
تقديم ورقة الإنجليزى غذاً _____ ليست بالجودة الكافية _____ قلق
التدخل العلاجى _____ سجل الأفكار المعطلة _____ ملحق _____ النتيجة _____ تخفيف القلق
٣. اعتقاد قديم (إذا لم أحصل على درجة (A) أنا لا أعتبر ذلك نجاحًا
٩٠% (قوة الاعتقاد)

التدخل العلاجى ١ نصيحة لدونا (صديقة)

النتيجة: ٨٠% (قدرت قوة الاعتقاد)

التدخل العلاجى ٢ الدور المنطقي العاطفى _ لعب

النتيجة: ٦٠% (قدرت قوة الاعتقاد)

اعتقاد جديد: أنا لا أحتاج إلى كل التقديرات (A) لكى أنجح (٨٠%)

٤. كتابة شرح المدرس.. وتشجيعها على طرح الأسئلة باستمرار

الواجب المنزلى (إذا كانت المريضة قد كتبت الواجبات على ورقة تابعة تؤخذ نسخة وتلحق ولا داعى للكتابة هنا).

- قراءة المذكرات العلاجية والتفكير فى المعتقدات القديمة والجديدة عن النجاح.
- قائمة التقديرات.
- قضاء ساعة إضافية لتحسين ورقة الإنجليزى.

الجلسة القادمة أو الجلسات المستقبلية:

انظرى كيف أن التفكير المثالى يؤثر على جوانب الحياة الأخرى.

شكل ٤ - ٣ مذكرات العلاج

الفصل الخامس

مشاكل متعلقة بشكل الجلسة العلاجية

تنشأ المشاكل دائماً في أثناء تصميم الجلسة. وحينما يكون المعالج واعياً بمشكلة ما؛ فعليه أن يحددها أولاً، ثم يتصور كيف نشأت المشكلة، ثم يفكر في حل لا يعكس صفو العلاقة العلاجية.

والصعوبة الشائعة التي تؤثر في الحفاظ على شكل أو بنيان الجلسة كما هو مقرر لها هي فشل المعالج في تهيئة المريضة لعملية العلاج بصورة كافية. وعلى المعالج هنا أن يحسن من مهاراته في عملية التهيئة، أو عليه أن يراجع ويقاوم أفكاره التلقائية عن هيكله الجلسات. وإنه لمن المهم للمعالج أن يدرك أن مريضة حديثة العهد بالعلاج المعرفي لن تعرف مقدماً أن معالجها سيطلب منها أن تعطى تقريراً عن الأسبوع الماضي أو تصف مشاعرها أو تعد الأجنحة بطريقة موجزة. وكذلك لا تدرك أن عليها أن تلخص الجلسة أو تقدم رد فعلها أو تتذكر محتويات الجلسات، وأن تعمل واجبها المنزلي يومياً. بالإضافة إلى ذلك فإن المعالج المعرفي لا يعلم فقط مرضاه مهارات جديدة، وإنما طريقة جديدة للعلاقة مع المعالج (الأولئك الذين كانوا تحت أنواع أخرى من العلاج النفسى) أو طريقة جديدة للعلاقة مع صعوباتها حتى تستطيع أن تتبنى اتجاهات أكثر واقعية وموضوعية في حل المشاكل. لذلك على المعالج أن يشرح مراراً، ويقدم التفسيرات، ويرصد برفق ردود الأفعال على كل عناصر الجلسة. وإذا لم يفعل ذلك فإنه لن يحصل على المعلومات النافعة من المرضى، وتكون الجلسات غير فعالة.

وثمة صعوبة ثانية تتمثل في عدم استعداد المريضة لاتباع قوام الجلسات المفترض، وذلك بسبب إدراك المريضة، وبسبب المعتقدات المشوهة والمعتلة عن نفسها وعن المعالج أو عملية العلاج. وفي مثل هذه الحالات على المعالج أن يتمكن من تكوين مفهوم أو تصور عن أسباب نشوء المشكلة والعمل على حلها.

فيمكنه من ناحية أن يتفهم عدم ارتياح المريضة، ولكنه يشجعها على الالتزام على سبيل التجربة، أو على النقيض يمكنه أن يسمح للمريضة أن تسيطر على الجلسة وتتحكم في سير الجلسات كبدائية. وفي معظم الأحيان يتفاوض المعالج مع معظم المرضى على حل وسط يرضى الطرفين، ومع الوقت يدفع المريضة تدريجياً إلى الاتجاه نحو الالتزام بشكل أو ببيان الجلسة.

ولكن كيف يقرر المعالج إن كانت صعوبة الالتزام بقوام الجلسات ناتج عن عدم تهيئة المريضة أم أنه نفور عام لديها من الالتزام؟ إن عليه أولاً أن يقوم بتهيئة المريضة للعلاج المعرفى على نحو أفضل مع مراقبة ردود أفعالها اللفظية وغير اللفظية؛ فإذا كانت هى فقط مشكلة فى التهيئة فإن استجابة المريضة تكون محايدة (وربما يكون هناك بعض النقد الذاتى)، وبالتالي يصبح الالتزام جيداً. وأما إذا تفاعلت المريضة بصورة سلبية فإنها بلا شك قد فهمت طلبات المعالج بطريقة سلبية، وعلى المعالج أن يستنبط ويظهر ردود أفعالها بصورة أوضح.

وهناك صعوبة شائعة ثالثة فى الحفاظ على بنیان الجلسات، وذلك حين يبلغ المعالج فى فرض نظام البنیان بصورة جامدة وملحة. ويستطيع المعالج تشخيص هذه الحالة بمراجعة تسجيل صوتى (مسموع أو مرئى) يكون قد أعده خلال الجلسة، ويستطيع معالجة ذلك فى الأسبوع التالى. (أنا يمكن كنت شديد شويه الأسبوع الماضى، أنا أسف، أنا بس كنت عاوزك توافقى على نظام الجلسات وإزاي هتمشى).

وأما عن المشاكل الشائعة التى تنشأ مع كل مرحلة - باستثناء الأخطاء المهمة عند المعالج - فسوف نناقشها فى الجزء التالى.

تحديث مختصر:

من الصعوبات الشائعة أن المريضة تبدأ الجلسة بتفصيلات كثيرة وتهاويم غير مركزة عن الأسبوع، وبعد هذا الكلام الكثير يقفز المعالج برقة محاولاً ربط ما هو مهم من نقاط فى عملية العلاج.

المعالج: خلىنى أقاطعك دقفةة؁ مهم بالنسبة لى إنى أفهم الصورة العامة عن أسبوعك وبعدين نبقى نتكلم فى التفاصيل بعدين. دلوقت تقدرى تقولى لى عن الأسبوع اللى فات فى جملتىن أو ثلاثة أو أربعة؟ كان عموماً أسبوع كويس أو أسبوع وحش؟ أو كان فىه كده وكده؟ وإيه الحاجات المهمة اللى حصلت فىه؟ وإذا استمرت المريضة فى تقديم التفاصيل بدلاً من الصورة العامة؁ وربما يحاول المعالج أن يوضح لها ما يريد به بأمثلة.

المعالج: زى ما يكون عاوزة تقولى (أنا كان عندى أسبوع صعب شوية؁ أنا اتعاركت مع صديقة؁ وكنت قلقانة من الخروج؁ وكان عندى صعوبة فى التركيز؁ دى الصورة العامة اللى كنت باكلمك عنها؁ ودى حتساعدى أن أعرف إيه هو المهم بالضبط علشان نحطه فى الأجندة ونقدر نناقشه كويس. عرفت دلوقت أنا عاوز إيه لما باقولك عاوز ملخص سريع عن الأسبوع فى أول جلسة؟ (لما عملت كدة أصبحت المسألة واضحة دلوقت؟) ويمكن للمعالج أن يقترح فيما بعد أن يعد مراجعة عامة لأسبوعها فى جمل قصيرة قبل الجلسة القادمة.

وبعض المرضى يفهمون جيداً؁ بل إنهم قادرون على تقديم مراجعة دقيقة وسريعة؁ ولكنهم لا يحبون ذلك. وإذا كان لدى المعالج معلومات توحى بأن استفساره عن تردد المريضة ومقاومتها يمكن أن يخرب العلاقة العلاجية. يمكنه أولاً أن يسألها عن مراجعة سريعة للجزء من الجلسة التى انقضت (هذه المعلومات تشمل: ردود الأفعال اللفظية وغير اللفظية لمحاولات المعالج فى تنظيم الجلسة؁ وعباراتها المباشرة التى تفضل خطأً معيناً فى طريقة العلاج؁ أو ردود أفعالها الماضية حينما تعرضت لأى محاولة للتحكم فى تصرفاتها أو ما تعتبره سيطرة على تصرفاتها). إن ردود الأفعال القوية تجاه الشكل أو بنيان الجلسة ليست شائعة؁ وعلى المعالج أن يشرح لها طبيعة العلاج وأسباب مقاومتها إن وجدت؁ ويعمل على حل المشكلة. وبعد سؤال المريضة عن مراجعة أسبوعها بدقة؁ ويلاحظ اتجاهها

سلبياً في المشاعر يمكنه أن يسأل (لما سألتك تدينى صورته عامة إيه اللي دار فى مخك؟)

وهنا يحاول المعالج أن يبين أفكار المريضة التلقائية، ومن ثم يحاول أن:

- يساعدها في تقييم مصداقية الأفكار .
- يستخدم طريقة الأسهم المتجهة سلفاً ليكتشف معنى الأفكار .
- يبدى تعاطفاً وتفهماً، ويتحرك لحل المشكلة كما فى التالى:

المعالج: أنا آسف، أنا حسيت أنى قاطعتك ثانى.. أنا شايف إن فيه حاجات كثيرة فى مخك أنا نفسى أسمعها. تقدرى دلوقتى تستمرى فى مراجعة الأسبوع أو نخطها فى الأجنده، ونبقى نناقشها بعدين بعد ما نتكلم دلوقت فى حالتك المزاجية، ونقرر إيه المواضيع الثانية اللي عاوزة تحطيتها فى الأجنده.

وهذا الاختيار الأخير يبدو عموماً أفضل من مساعدة المريضة على تقييم أفكارها فى اللحظة خصوصاً إذا كانت منزعجة. وبإظهار استعدادها للتعاون أو التساهل تعدل المريضة من فكرتها عن المعالج (سواء دقيقة أو غير دقيقة) من أنه متحكم ومتسلط.

مراجعة الحالة المزاجية:

من المشاكل الشائعة هى عدم قدرة المريضة على ملء النماذج أو التبرم منها وصعوبة التعبير (بطريقة دقيقة) عن مزاجها العام خلال الأسبوع. وإذا كانت الصعوبة هى ببساطة ناتجة عن عدم تهيئة المريضة وتعليمها ملء النماذج. فعلى المعالج أن يسأل المريضة ما إن كانت توافق على منطبق ملء النماذج من عدمه.. وإن كانت تعاني من صعوبات عملية فى ذلك تتطلب أى مساعدة. (مثل عدم وجود وقت كافٍ أو النسيان أو مشكلة فى الفهم)، وإذا أبدت المريضة انزعاجاً حينما يطلب منها ملء النماذج فيمكن للمعالج أن يسألها عن الأفكار التلقائية التى تدور

برأسها حينما يطلب منها ذلك أو حينما تفكر فى ذلك. وإذا كانت هذه الأفكار التفاتية ليست سهلة الاستدعاء فيمكن للمعالج أن يسألها عن معنى هذا الموقف بالنسبة لها (إيه اللى بيعنيه لك لما حد يقولك أملى النماذج دي؟). ويمكن للمعالج أن يتعاطف مع قلق المريضة، ويساعدها على تقييم الأفكار والمعتقدات ذات العلاقة أو يساعدها على حل هذه المشكلة. وهذه الاستجابات موضحة فى الأمثلة الثلاثة التالية:

المريضة: النماذج دي بتضيع وقت، نصف الأسئلة مالهش علاقة بحالتي.

المعالج: إيه المعنى اللى بيوصلك لما أقولك أملى النماذج؟

المريضة: أنا مشغولة، أنا عندى حاجات كثيرة أعملها، واجباتى بقت مليانة بحاجات ما نهاش معنى أنا مش حا أقدر أنجز أى حاجة خالص.

المعالج: أنا حاسس إنك شوية عصبية، تفتكرى تأخذى وقت قد إيه علشان تملى النماذج دي؟

المريضة: ما أعرفش.. ١٠ دقائق يمكن.

المعالج: أنا عارف إنك شايفة النماذج ما لهاش علاقة، لكن فى الحقيقة دي بتوفر وقت كثير من وقت الجلسات، لأنى حاكون غير مضطر أنى أسألك أسئلة كثيرة، نقدر نحل المشكلة دي ونشوف إزاي تقدرى تلاقى ١٠ دقائق فى الأسبوع علشان تملياها؟

المريضة: هى مش معضلة قوي، أنا حا أعملهم، أنا بس لازم آجى بدرى شوية المرة الجاية.

هنا استطاع المعالج أن يجعل المريضة تتفهم معنى هذا الموقف، وقد هولت المريضة من شأن مشكلة الوقت الذى يستغرقه ملء النماذج حتى ساعدها المعالج أن ترى كم هى نماذج مختصرة وقصيرة.

ولم يحاول المعالج هنا أن يحكم على أفكار المريضة بطريقة مباشرة؛ لأن المريضة كانت منزعة، ويمكن أن تفهم نقد المعالج بطريقة سلبية.

وفي حالة الثالثة يرى المعالج أن التحريض الشديد لملء النماذج سوف يؤثر سلبياً على التحالف العلاجي الهش.

المريضة: (بصوت غاضب) أنا شايقة إن النماذج دي مش بتتطبق علىّ. أنا عارفة أنت عاوزنى أملاهم، لكن أنا بأقولك إن ما لهاش قيمة.

المعالج: أنا موافق معاك إن إحنا نلغيها أو نملاها مره واحده، أنا بس عاوز أكون صورة واضحة عن إزاي كنت حاسة الأسبوع اللي فات. طيب ممكن تقولى لى شفوياً ليه كنت غضبانه وقلقانه وحزينة خلال الأسبوع على مقياس من (صفر إلى ١٠٠).

هناك مشكلة أخرى تشمل صعوبة المريضة فى التعبير عن مشاعرها، وذلك إما لأنها لا تجيد ذلك أو أنها لا تستطيع تسمية مشاعرها. ويمكن للمعالج أن يقاطعها بركة أو يسألها أسئلة محددة أو يشرح لها كيف تجيب.

المعالج: ممكن أقاطعك دقيقة؟ تقدرى تقولى لى فى جملة واحدة إزاي كانت مشاعرك الأسبوع ده بالمقارنة بالأسبوع اللي فات؟ أنا عاوز أسمع أكثر عن مشكلتك مع أخوك فى دقايق؟ لكن قبل كده عاوز أعرف أنت عمومًا كنت أفضل، أو أسوأ أو زى الأسبوع اللي فات؟

المريضة: يمكن أسوأ شوية.

المعالج: قلقانه أكثر أو حزينة أكثر أو غضبانه أكثر؟

المريضة: ممكن أكون كنت قلقانه أكثر شوية، و نفس الحزن، لكن ما كانش فيه غضب الحقيقه.

وإذا كانت المريضة تعاني من صعوبة فى تسمية مشاعرها بألفاظ، يمكن للمعالج أن يستجيب بطريقة مختلفة.

المعالج: واضح أنه صعب أن تعبرى عن مشاعرك بالكلمات، ممكن على فكرة نخط فى الأجددة (التعرف على المشاعر).

وفى أثناء الجلسة يمكن للمعالج استخدام الطريقة الموضحة فى الفصل السابع لكى يعلم المريضة كيف تتعرف على مشاعرها.

التواصل مع الجلسة السابقة:

تنشأ المشاكل هنا من صعوبة تذكر المريضة بمحتويات الجلسة السابقة أو عدم رغبتها فى التعبير عن مشاعرها السلبية تجاه المعالج. وأحد الحلول لهذه المشكلة هو أن يطلب من المريضة ملء استمارة التواصل بين الجلسات (انظر الفصل الرابع، شكل ٤-١) قبل الجلسة.

ولاحظ أن هذه المشكلة تنشأ غالباً من إهمال المعالج لتشجيع المريضة على كتابة النقاط المهمة فى أثناء الجلسة نفسها، أو نتيجة لعدم قدرة المريضة على المتابعة من خلال الواجب المنزلى أو قراءة هذه الملاحظات بصورة يومية.

وصعوبة جعل المريضة تعبر بأمانة عن رد فعلها تجاه الجلسة السابقة يمكن أن تعالج بطرق مختلفة، منها أن يشجع المريضة بصورة أكثر كما فى المثال التالى (إذا شك المعالج أنها تخفى مشاعر سلبية تجاهه).

المعالج: يعنى، أنت فكرت إن الجلسة اللي فاتت كانت كويسة؟ تفكرى لو كنت أتضايقتى من حاجة، كنت حتقولى لى؟

المريضة: أفنكر كدة.

المعالج: كويس.. علشان أنا عاوز أفضل العلاج عليك، علشان كده لو كان فيه أى شيء مضايقتك، ياريت تقولى لى، علشان نحله.

ثانياً، يمكن للمعالج أن يكشف للمريضة المغزى من سؤاله عن رد الفعل

السلبى.

المعالج: كويس.. يعنى إنتى كنت أساسًا مقتنعة بالجلسة اللى فاتت؟ أنا بس كنت عاوز أعرف لو كنت مش مقتنعة بيها وقلتى لى. ده يعنى شيء بالنسبة لك.

المريضة: أوه، أنا عمرى ما أنتقدك، أنا عارفة إنك بتعمل أفضل حاجة.

المعالج: كويس، شكرًا لك، لكن أنا مجرد إنسان، وأنا عارف إنى بأعمل أخطاء كثيرة فى بعض الأحيان، وإيه يعنى لو انتقدتيني؟

المريضة: يعنى.. حا كون ناكرة للجميل.

المعالج: هه.. يا ترى دا تلقائيًا صح. إنك تدينى انطباعك، ودى حاجة أنا عاوزها فعلاً، ده معناه إنك ناكرة للجميل؟

إيه رأيك لو حظينا الموضوع فى الأجنده علشان نتكلم فيه أكثر بالتفصيل؟

إعداد الأجنده:

إن المشكلة الرئيسية هنا هى عدم قدرة المريضة على المساهمة فى إعداد الأجنده، أو التعثر عند إعدادها، أو أن تكون يائسة تمامًا من مناقشة مشكلة ما على الأجنده. والمريض الذى يفشل فى المساهمة إما أن لا يكون قد أعد الأجنده جيدًا أو أن نديه معنىً سلبياً خاصاً عن المشاركة. وهاتان الحالتان سوف نوضحهما كالتالى:

المعالج: عاوزة تحطى إيه فى الأجنده؟

المريضة: مايش حاجة، فى الحقيفة.

المعالج: إيه المشاكل اللى قابليتها الأسبوع اللى فات؟ أو إيه المشاكل اللى ممكن تمنع لك الأسبوع ده؟

المريضة: مش عارفة.. كنه تدار، أفكر.

المعالج: إيه رأيك لو نخط في الأجنده، أنت فين دلوقت بالنسبة للأهداف اللي قلناها في أول العلاج؟

المريضة: ماشى.

المعالج: ولو ما عندكيش مانع، أنا عاوزك تكتبى علشان واجب الأسبوع الجاي. عاوزك تفكرى في المواضيع اللي حطيتها في الأجنده الجاية.

وإذا فشلت المريضة في إعداد الأجنده في الأسبوع التالي، حتى ولو كان قد حدث شيء جديد يوحى بأنها قد عانت بعض الصعوبات؛ فيمكن للمعالج أن يستبين أفكارها التلقائية عن معنى ذلك.

المعالج: يا ترى أفكرتى تفكرى في مواضيع الأجنده؟

المريضة: ياه، لكن مش عارفة، أنا ما أقدرتش أعمل أى حاجة.

المعالج: يا ترى إيه اللي كان بيدور في دماغك لما فكرت في مواضيع الأجنده؟

المريضة: لا.. أبدا.. بس أنت الدكتور، أنت عارف أكثر منى إن إحنا ممكن نتكلم في إيه.

المعالج: طيب، حسيتى بإيه، لما طلبت منك تفكرى في مواضيع مختلفة.

المريضة: كويسة، مفيش حاجة.

المعالج: شوية مضايقة، يمكن؟

المريضة: شوية.

هنا يحاول المعالج أن يستنبط توقعات المريضة من علاج، ويساعدها على تفحص المزايا والعيوب لاعتقادها في هذه التوقعات. والمرضى الذين يبدأون بسرد مفصل عن مشكلة ما بدلاً من تسمية هذه المشكلة في أثناء إعداد الأجنده يحتاجون فقط لتعليمات إضافية.

المعالج: (مقاطعاً برفق). أنا ممكن أقول إن دى مشكلة مهمة. ممكن بس تقولى لى إيه اسم الموضوع دلوقت، حنراجعه ثانى فى دقائق؟ ممكن نسميه (مشكلة مع رئيس فى العمل)؟

المريضة: نعم.

المعالج: كويس خالص.. ممكن تقولى أى مشكلة ثانية، عاوزة تحطيتها فى الأجنده؟ والمريض: الذى يصر على السرد فى الجلسة التالية بدلاً من تسمية المواضيع فى أثناء إعداد الأجنده، يمكن أن يسأل أن يدون مواضيع الأجنده كواجب منزلى.

وهناك مشكلة ثالثة فى إعداد الأجنده تنشأ حينما تشعر المريضة باليأس وعدم الجدوى من طرح مشكلة ما للمناقشة، وهنا يتناول المعالج هذه المشكلة محاولاً حلها.

المعالج: كويس.. يعنى لغاية دلوقت عندنا مشكلة التعب، وتنظيم أحوالك المالية علشان الضرائب.. فيه حاجة ثانية؟

المريضة: (تتنهد) لا.. آه.. مش عارفة.. أنا حيرانة وملخبطة أنا مش حاسة إن فيه حاجة حنفيد.

المعالج: يعنى ما تعتقدش إن مناقشة مشاكلك هنا حنفيد؟

المريضة: لا.. إيه الفائدة؟ أقصد يعنى أن مش متخيلة الحقيقة أنى مديونة بفلسوس كتير قوى، وأنا كمان تعبانة لدرجة أنى ما بأقدرش أقوم من السرير أغلب الأيام، دا غير أنى متأخرة جداً فى دراستى لدرجة أنى مش ممكن حأقدر أنجح.

المعالج: طبعاً، حقيقى إن إحنا مش حانعرف نحل كل حاجة فى نفس الوقت وأنت فعلاً عندك مشاكل حقيقية نحنحتاج نتكلم فيها مع بعض. دلوقت لو عندنا

وقت حناقش بس مشكلة منهم النهارده. إيه اللي أنت شايفه أنها أهم من
الباقيين؟

المريضة: مش عارفة.. أفنكر التعب، لو قدرت أقوم من السرير، يمكن أقدر أعمل
حاجات أكثر.

في هذه الحالة يعطى المعالج رسالة للمريضة بأن مشاكلها حقيقية حتى إنه
يمكن العمل فيها واحدة فواحدة، وأنها لا تستطيع حلها بمفردها. وحينما يدفعها إلى
اختيار مشكلة واحدة للمناقشة فإنه يساعدها على التركيز في اختيار مشكلة ويحاول
أن يساعدها على التوجه لحل المشكلة. وإذا رفضت المريضة اختيار إحدى
المشكلات، يمكن للمعالج أن يلجأ إلى وسيلة أخرى.

المعالج: واضح إنك شاعرة باليأس تمامًا؟ أنا الحقيقة مش متأكد إن لو اشتغلنا مع
بعض حيفرق في حاجة، بس أنا عاوز أحاول. أنت مش مستعدة تحاولي؟
نقدر نتكلم عن التعب لمدة ١٠ إلى ١٥ دقيقة ونشوف حيحصل إيه؟

إن الاعتراف بيأس المريضة وعدم قدرة المعالج على ضمان النجاح يمكن
أن يجعل المريضة مستعدة لمحاولة حل المشكلة ولو لدقائق.

مراجعة الواجب المنزلي:

من المشكلات النموذجية التي تنشأ هي فشل المعالج عن الاستفسار عن
الواجب المنزلي بسبب اندفاعه لمناقشة مواضيع الأجنده. ويتذكر المعالج بسهولة
أكثر السؤال عن الواجب المنزلي إذا وضع أمامه العناصر الست للجلسة العلاجية
(انظر الفصل الرابع) وكذلك ملاحظات الأسبوع الماضي المدونة محتوية الواجب
مكتوبًا. وهناك مشكلة مقابلة تنشأ أحيانًا حينما يراجع المعالج واجبًا منزليًا (ليس له
علاقة بالمريض في هذا اليوم) بتفصيل دقيق قبل التحول إلى مواضيع أجنده
المريضة. وهناك مشكلات أخرى تتعلق بالواجب المنزلي سوف تناقش بالتفصيل
في الفصل الرابع عشر.

مناقشة مواضيع الأجندة:

إن المشاكل النموذجية هنا هي اليأس وعدم التركيز أو المناقشة السطحية وعدم التركيز ينتج عادة حينما يفشل المعالج في تنظيم المناقشة بصورة ملائمة من خلال المقاطعة الرقيقة (الرجوع بالمریضة ثانية إلى موضوع النقاش) أو حينما يفشل في التأكيد على الأفكار التناقضية الرئيسية، وكذلك المشاعر والمعتقدات والسلوك، وكذلك فشله في التلخيص المستمر. وفي الفقرة التالية يلخص المعالج وصف المريضة في دقائق معدودة وفي كلمات قليلة ويصحح اتجاه المريضة للتعرف على أفكارها التناقضية.

المعالج: خيلى بس أتأكد أنى فهمت، أنت اتعاركت مع أختك امبارح وده فكرك بمعارك سابقة ودا خلاكى غضبانه أكثر وأكثر. امبارح أنت اتصلت بيها ثانى وبدأت تنتقدك على أنك مش بتساعدى ماما، إيه اللى كان بيدور فى مخك نما قننتك (أنت الخروف الأسود فى الأسرة)؟ وتغطية المواضيع هي غالباً مشكنة المعالج المبتدئ الذى يبالغ فى تقدير كم عدد المواضيع التى يمكن مناقشتها فى الجلسة الواحدة. إنه من الأفضل أن يفاضل ثم يختار موضوعاً أو موضوعين لكى تناقش فى الجلسة. وينبغى على المعالج والمريضة أن يراقبا الوقت فى أثناء الجلسة ويقررا بالتعاون ماذا يفعلان إذا لم يسعفهما الوقت لذلك (بمصطلحات عملية، هذا يعنى أنه لا بد من وجود ساعة أو اثنين موضوعاً لمراقبة الوقت).

المعالج: باقى ننا ١٠ دقائق قبل ما نقفل الجلسة، تحبى تستمرى فى الكلام عن المشكنة دى مع جارتك أو نخلص بعد دقيقة أو دقيقتين، علشان يكون عندنا وقت نناقش مشكنة ثانية مع زميلك فى العمل؟

وثمة مشكلة ثالثة بالنسبة لمناقشة المواضيع وهى فشل المعالج فى التدخل العلاجي، فانقضاء معظم الوقت فى مجرد وصف المشكنة أو التعرف على الأفكار

المعطلة أو المعتقدات السلبية لا يشعر المريضة بالتحسن. وعلى المعالج أن يساعد المريضة (خلال الجلسة نفسها) على الاستجابة الملائمة لأفكارها المعطلة، أو حل أو محاولة حل مشاكلها أو إعداد واجب منزلي مصمم للتخفيف من المشكلة أو مساعدتها على الشعور بالتحسن.

إعداد واجب منزلي جديد:

يكون المرضى أقل احتمالاً لعمل الواجب إذا كان المعالج:

١. يعطى واجباً صعباً جداً أو ليس له علاقة باهتمامات المريضة.
٢. حينما لا يعطى مبررات جيدة.
٣. ينسى مراجعة الواجب في الجلسات السابقة.
٤. لا يركز على أهمية الواجب عموماً أو واجباً معيناً بصفة خاصة.
٥. لا يعلم المرضى كيفية عمل الواجب.
٦. لا يبدأ في إعطاء الواجب في أثناء الجلسات أو يسمع شفويًا. (الفصل الرابع عشر ص) أو يسأل أسئلة مقننة عن عقبات محتملة في الطريق خلال عمل الواجب.
٧. لا يجعل المرضى يكتبون الواجب كتابة.
٨. لا يشاور المرضى أو يشركهم في إعداد الواجب بما يتلاءم مع احتياجاتهم.

وإذا لم يوجد أي من هذه الأسباب، فعلى المعالج أن يتأكد إذا كانت المريضة لديها أفكار معطلة تجاه الواجب المنزلي مثل (أنا لازم أشعر بتحسن بدون مجهود) لازم المعالج يعالجني بدون ما يكلفني أعمل حاجة) (أنا مقدرش أعمل أي واجبات) (الواجب ده كلام فارغ ومش حيخليني أحسن). وهنا يحاول المعالج مساعدة المريضة على تحديد واختيار أفكارها المعطلة عن الواجب المنزلي، وسوف يناقش الواجب المنزلي بالتفصيل في الفصل الرابع عشر.

تلخيص نهائى:

يلخص المعالج بصفة دورية فى أثناء الجلسة لى يتأكد من أنه فهم بالضبط ما تقصده المريضة وما إذا كان قد سأل المريضة أن تكتب بعض النقاط فى أثناء الجلسة، فإن الملخص النهائى يتكون من مراجعة سريعة لهذه الملاحظات المكتوبة وملخصًا لفظيًا عن أى مواضيع أخرى قد نوقشت، وأن عدم جعل المريضة تكتب بعض النقاط يودى إلى صعوبة أكثر فى تلخيص الجلسة، وجعل المريضة تتذكر الجلسة فى الأسبوع التالى.

المرود:

تنشأ المشاكل حينما تكون المريضة منزعة فى نهاية الجلسة، ولا يوجد وقت كاف للتخفيف من حدة الانزعاج أو حينما لا تستطيع المريضة أن تعبر عن مشاعرها السلبية مطلقًا. ولحل المشكلة الأولى - وهى مشكلة الوقت - يقلل المعالج الجلسة قبل نهاية الوقت بعشر دقائق حينئذ يستطيع المعالج تحديد الواجب المنزلى، ويلخص الجلسة، ويستتبط رد الفعل أو المرود، وفيما يلى مثال على الاستجابة لمرود سلبى:

المعالج: فى أى حاجة أنا قلتها النهارده ضايقتك؟

المريضة: أنت مش قادر تتخيل قد إيه صعب بالنسبة لى أنى أعمل أى حاجة. أنا عندى مسئوليات كثيرة ومشاكل كثيرة. طبعًا سهل خالص بالنسبة لك أنك

تقولى ركزى فى شغلك وانسى كل اللى بيحصل مع رئيسك؟

المعالج: أنا آسف لو كنت أخذتى الانطباع ده، اللى كنت أقصده لما قلتلك أجلى

المشكلة هو أنى عارف أنك متضايقه جدًا من المشكلة وعلشان كده أجلبها

للأسبوع الجاى علشان نقدر نتكلم فيها بالتفصيل، لكن فى نفس الوقت هل

أنا قلت حاجة تخليكى تعتقدى أنى أقصد أنك تنسى المشكلة مع رئيسك؟

(ثم يوضح المعالج بعد ذلك سبب سوء الفهم).

مشاكل تنشأ من طريقة تفكير المعالج:

إن المشاكل التي ذكرت سابقاً نفترض أساساً أن المعالج تتطبق عليه مواصفات المعالج المثالي الذي يلتزم بالبنيان المقنن للجلسات العلاجية ويشعر بأنه كفاء للاضطلاع بها. وفيما يلي سوف نذكر أفكار ومعتقدات للمعالج يمكن أن تعطل البنيان المقنن.

أفكار تلقائية:

(أنا لا أستطيع تنظيم الجلسات)

(مرضى لا يحبون النظام)

(أنا لا أستطيع التعبير عن نفسيها بإيجاز)

(لا ينبغي مقاطعتها)

(سوف تفقد صوابها إذا وجهتها بحزم)

(لن تعمل الواجب)

(سوف تشعر بالخجل والفضيحة إذا كشفت عن أفكارها)

إنه لمن المهم بالنسبة للمعالج أن يلاحظ مستوى عدم الارتياح لديه، وعليه التعرف على أفكاره التلقائية في أثناء وبين الجلسات. حينئذ يستطيع التعرف على المشكلة، وتقييم أفكاره والتعامل معها، ويحاول حلها ليستطيع تجربة إنجاز الجلسة المنظمة البناء في المرة القادمة.

الفصل السادس

التعرف على الأفكار التلقائية

يقرر النموذج المعرفي أن تفسير الموقف (وليس الموقف في حد ذاته) يعبر عنه دائماً بالأفكار التلقائية التي تؤثر بالتالي على مشاعر الشخص، ومن ثم تصرفاته واستجاباته الفسيولوجية. وبطبيعة الحال فإن هناك أحداثاً معينة قد تكون مؤلمة للجميع مثل الاعتداء الشخصي أو الرفض أو الفشل. ولكن الأشخاص ذوي الاضطراب النفسي غالباً ما يسيئون تفسير مواقف متعادلة أو حتى إيجابية، وهكذا تكون أفكارهم التلقائية متحيزة. وباختبار أفكارهم التلقائية وانتقادها وتصحيح أخطاء التفكير غالباً ما يشعرون بالتحسن. وهذا الفصل سوف يناقش خصائص الأفكار التلقائية مع طرق التعرف عليها لدى المرضى وشرحها لهم والتفرقة بين الأفكار التلقائية والتأويلات وتعليم المرضى كيف يتعرفون بأنفسهم على أفكارهم التلقائية. وفي الفصل القادم سوف نناقش المشاعر السلبية، ونفهم كيف تساعد المرضى على التفريق بين الأفكار التلقائية والمشاعر وكيفية التعرف على المشاعر وشدتها.

خصائص الأفكار التلقائية:

إن الأفكار التلقائية هي تيار من التفكير (thinking) يوجد مع تيار أكثر ظهوراً من الأفكار (thoughts) (Beck, 1964). وهذه الأفكار ليست مقتصرة على المرضى المضطربين نفسياً، ولكنها شائعة عند كل الناس. ومعظم الوقت يكونون بالكاد واعين لهذه الأفكار، ولكن بمجرد تلقى تدريب بسيط يمكن أن تصبح هذه الأفكار فى الوعي، وحينما نصبح واعين بهذه الأفكار فإنه يمكننا تلقائياً أن نتبين الحقيقة إذا كنا لا نعانى من أى اضطرابات نفسية.

وعندما يقرأ القارئ هذا الفصل - تكون لديه فكرة (أنا لا أفهم ذلك)،

ويشعر بأنه متوتر قليلاً. وربما يستجيب تلقائياً (بدون وعى) بطريقة إيجابية لهذه الفكرة (أتمنى أن أفهم بعضاً منه فلأقرأ هذا الجزء ثانية). وهذا النوع من اختبار الواقع تلقائياً والاستجابة للأفكار السلبية هي تجربة شائعة. وأما الأشخاص الذين يعانون من ضغوط نفسية فربما يفتقرون لهذا النوع من الحس النقدي. والعلاج المعرفى يعلمهم الطرق التى تساعدهم على تقييم أفكارهم بطريقة واعية ومنظمة، وخصوصاً إذا كانوا منزعين بسبب هذه الأفكار.

وبينما تقرأ سالى فصلاً فى كتاب الاقتصاد- على سبيل المثال- تتكون لديها هذه الفكرة كالقارئ الذى ذكرناه سابقاً. (أنا لا أفهم ذلك)، وربما ينحو تفكيرها إلى التطرف أكثر (ولن يمكننى فهمه أبداً). فإنها تقبل هذه الأفكار وكأنها صحيحة وتشعر بالحزن، ولكنها بعد أن تتعلم طرق العلاج المعرفى تستطيع أن تستعمل مشاعرها السلبية كمفتاح للتعرف على أفكارها وتقييمها، ومن ثم نستطيع تطوير استجابات أكثر إيجابية. (انتظرى قليلاً.. إنه ليس بالضرورة أن يكون صحيحاً تماماً أنى لن أفهم ذلك، إن لى بعض المتاعب الآن، ولكننى إذا قرأته ثانية أو حتى أرجع إليه حينما أكون أكثر انتعاشاً فسوف أفهمه بصورة أفضل، وعلى العموم فإن الفهم السريع ليس أساسياً لحياتى، يمكننى أن أسأل أى شخص ليشرحه لى إذا احتجت ذلك). وعلى الرغم من أن الأفكار التلقائية يبدو وكأنها تقفز فجأة وتلقائياً، فإنها تصبح متوقعة بشكل كاف إذا أمكن التعرف على معتقدات المريضة التحتية.

وعلى المعالج المعرفى أن يتعرف على الأفكار المعطلة، والتى تشوه الحقيقة، والتى تؤثر سلباً على مشاعر المرضى وتعطلهم عن بلوغ أهدافهم. والأفكار المعطلة التلقائية غالباً ما تكون سلبية و محزنة ما لم يكن المريض يعانى من الهوس أو الهوس الخفيف، أو يعانى من اضطراب الشخصية النرجسى، أو يسبىء استخدام العقاقير أو المخدرات.

والأفكار التلقائية دائماً قصيرة، وتشعر المريضة بالمشاعر التى تسببها

أكثر من الشعور بها ذاتها . ففي الجلسة العلاجية مثلاً قد تكون المريضة غير واعية بأفكارها التلقائية حتى يسألها المعالج عنها . والمشاعر التي تحسها المريضة ترتبط منطقياً بالأفكار التلقائية. فعلى سبيل المثال تفكر سالى (أنا مخدرة، أنا لا أفهم حقيقة ما يقوله المعالج)، وتشعر بالحزن (إنه ينظر إلى الساعة. أنا مجرد حالة بالنسبة إليه)، وتشعر بقليل من الغضب، وحينما تكون لديها الأفكار (ماذا لو لم ينجح هذا العلاج؟) (ماذا سأفعل بعد ذلك؟) وتشعر سالى بالقلق.

وغالباً ما تأتي الأفكار التلقائية فى صورة مختزلة، ولكن يمكن تهجيتها إذا سأل المعالج عن معناها بالنسبة للمريض؛ فعلى سبيل المثال (لا.. لا) ممكن أن نترجم كالتالى (إن معالجي سوف يعطينى واجباً كثيراً) و (اللعنة) ربما تكون تعبيراً عن فكرة مثل (لقد نسيت دفتر مواعيدى فى البيت، ولن أستطيع تنظيم موعد آخر مع معالجي.. أنا غبية جداً).

وقد تكون الأفكار التلقائية فى صورة لفظية أو صورة خيالية أو كليهما. فبالإضافة إلى أفكارها التلقائية اللفظية (لا.. لا)، فإن سالى تتخيل نفسها وحيدة على مكتبها فى المساء تحاول عمل واجبها المنزلى الذى طلبه منها المعالج.

(انظر الفصل الثالث عشر لشرح الأفكار التلقائية فى صور متخيلة).

ويمكن تقييم الأفكار التلقائية بناءً على مصداقيتها وفائدتها. والنوع الأكثر شيوعاً من الأفكار التلقائية يكون مشوهاً بطريقة ما على الرغم من وجود الدليل على عكسها. وهناك نوع آخر من الأفكار التلقائية تكون صحيحة، ولكن ما يستخلصه المريض منها يكون مشوهاً؛ فمثلاً.. (أنا لم أفعل ما وعدت به زميلتى فى السكن) فكرة صادقة، ولكن الاستنتاج (ولهذا أنا سيئة) ليس كذلك. ونوع ثالث من الأفكار التلقائية هو أيضاً صحيح، ولكنه معطل لاتخاذ القرارات؛ فمثلاً كانت سالى تذاكر من أجل الامتحان وفكرت (إن ذلك سوف يستغرق وقتاً طويلاً لدراسته فسوف أضطر للسهر حتى الثالثة صباحاً). فهذه الفكرة صحيحة بلا شك، ولكنها

زادت من قلقها، وقللت من قدرتها على التركيز والاستيعاب والاستجابة المنطقية لهذه الفكرة هي النظر في نفعها (إنه فعلاً سوف يستغرق منى وقتاً طويلاً لكي أنتهى منه، ولكننى قد درستة قبل ذلك. إن التفكير فى كم من الوقت سوف يستغرق، سوف يعطلنى عن الفهم، ويؤثر على تركيزى. من الأفضل أن أركز على جزء معين فى كل مرة ثم أكافئ نفسى على إنهائه).

إن تقييم مصداقية ونفعية الأفكار التلقائية والاستجابة الصحية لها سوف تؤثر على المشاعر بطريقة إيجابية.

والخلاصة أن الأفكار التلقائية توجد مع أفكار أخرى أكثر وضوحاً، وتتساق تلقائياً، ولا تنتج من تأمل أو قصد. وغالباً فالأفراد يكونون واعين بالمشاعر المصاحبة لها فقط، ولكن بقليل من التدريب يمكنهم التعرف على هذه الأفكار. والأفكار التى لها علاقة بمشكلة ما ستكون مرتبطة بمشاعر معينة تعتمد على محتواها ومعناها. وهى فى الغالب قصيرة وخاطفة، وتظهر بطريقة مختزلة، ويمكنها أن تحدث فى صورة لفظية أو مصورة (متخيلة)، ويتقبل الناس هذه الأفكار وكأنها حقيقية دون تمعن أو تقييم، وإن التعرف عليها وتقييمها والاستجابة لها بطريقة إيجابية غالباً ما ينعكس إيجابياً على مشاعر المرضى.

شرح الأفكار التلقائية للمرضى:

إنه لمن المستحب أن تشرح الأفكار التلقائية باستخدام أمثلة من المرضى أنفسهم. وقد قدم الفصل الثالث مثالا على ذلك، وفيما يلى مثال آخر:

المعالج: دلوقت عاوز آخذ بعض الوقت أتكلم فيه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ممكن تفكرى بعض الأحيان اللى كنت فيها متضايقة الأسبوع

ده؟

المریضة: آه... وأنا رايحة الفصل النهارده الصبح.

المعالج: إيه المشاعر اللي كنت تحسيتها؟ حزينه، قلقانه، غضبانه؟

المريضة: حزينه.

المعالج: إيه اللي كان بيدور فى دماغك؟

المريضة: كنت با بص على الطلبة، كانوا بيلعبوا لعبة الطبق الطائر أو بيتكلموا أو مستلقين على الحشائش.

المعالج: كان إيه اللي بيدور فى دماغك لما شفتيهم؟

المريضة: أنا عمرى ما حا بقى زيهم.

المعالج: كويس.. أنت دلوقت عرفت اللي إحنا بنسميها (الأفكار التلقائية). دى أفكار بتيجى وكأنها بتنتفجأ فى مخنا إحنا مش قاصدين نفكر فيها، علشان كده بنسميها (تلقائية) وفى أغلب الأحيان بتكون سريعة جداً، وإحنا بنبقى واخدين بالناس من المشاعر المرتبطة بيها- زى الحزن- أكثر من الأفكار نفسها ومعظم الوقت الأفكار دى بتبقى مشوشة بس إحنا بنقبلها كأنها حقيقية.

المريضة: آه هه.

المعالج: اللي حا نعمله هو أننا نعلمك إزاي تتعرفى على أفكارك التلقائية وتبدأى تقييميها وتشوفى قد إيه هى صحيحة. مثلاً حنقيم الفكرة (أنا عمرى ما حاكون زيهم) إيه اللي حيحصل فى مشاعرك إذا اكتشفت إن أفكارك مش حقيقية يعنى لما تخفى إنشاء الله وتكتشفى أنك زى بقية الطلبة؟

المريضة: حا شعر بأننى أحسن.

هنا يقترح المعالج سيناريو بديلاً من أجل توضيح النموذج المعرفى. وبعد ذلك فى الجلسة يستعمل الأسئلة السقراطية لكى يختبر الفكرة مع المريضة حتى تستطيع أن تطور بنفسها استجاباتها التكيفية. وفى الجزء التالى يجعل سالى تكتسب أفكارها التلقائية مؤكداً النموذج المعرفى (انظر شكل ٦-١).

المعالج: إيه رأيك نكتب الكلام على الورق، لما يكون عندك الفكرة (أنا عمري ما حاكون زيهم) تشعري بالحزن. شايفة إزاي أن اللي بتفكرى فيه بيأثر على مشاعرك.

المريضة: آه.. أيوة.

المعالج: هو ده اللي بنسميه (النموذج المعرفي). اللي هنعمله فى العلاج هو أن إحنا نعلمك إزاي تتعرفى على أفكارك لما تلاحظى أى تغير فى مشاعرك. دى الخطوة الأولى، وحنفضل نندرب عليه، لغاية ما يبقى سهل عليكى، وبعدين حتتعلمى إزاي تقيمى الأفكار دى وتغيريها إذا ما كنتش صحيحة مية فى المية.. واضح؟

المريضة: أفنكر كده.

المعالج: إيه رأيك نكتب الكلام ده على الورق؟ الخطوة الأولى: التعرف على الأفكار التلقائية، الخطوه الثانية: تقييم وتصحيح الأفكار دى.. ممكن دلوقت تقولى لى بألفاظك أنت إيه العلاقة بين الأفكار والمشاعر؟

المريضة: بعض الأحيان تكون عندى أفكار خاطئة وتخلينى حزينة، لكن لو كانت الأفكار دى صحيحة؟

المعالج: نقطة كويسة. فى الحالة دى حناول نحل المشكلة أو نشوف إيه الجانب الوحش فيها لو كانت صحيحة. أنا متوقع إن إحنا هنلاقى عندك أفكار خاطئة وسلبية كثيرة علشان أنت مكتتبه.. الأفكار السلبية دى جزء من الاكتئاب. على العموم إحنا حنشوف مع بعض لو كانت تفسيراتك خاطئة أو لا. دلوقت ممكن تفكرى فى أى لحظة ثانية كنت متضايقة فيها الأسبوع ده علشان نشوف الأفكار المصاحبة لها؟

وفى نهاية هذه الجلسة على المعالج أن يتأكد ثانية من أن المريضة قد فهمت ما هو المقصود بالنموذج المعرفي.

المعالج: علشان نراجع شويه، إيه اللي فهمتیه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر؟
المريضة: ساعات الأفكار التلقائية تنط في دماغى، لكنى بأقبلها كأنها حقيقة
وبعدين بأحس أى حاجة حزينة.. فلقانة.

المعالج: كويس، إيه رأيك كواجب منزلى الأسبوع ده، لو قدرت تتعرفى على
بعض الأفكار التلقائية.

المريضة: ماشى.

المعالج : تفتكرى ليه أنا باقترح كده؟

المريضة: لأن فى أحيان كثيرة، أفكارى بتكون غير صحيحة، وإذا قدرت أتعرف
عليها وأصححها حا أشعر بتحسن.

المعالج: كويس خالص.. إيه رأيك تكتبى الكلام علشان الواجب (لما ألقى تغير فى
مشاعرى أسجل أفكارى ..المريضة تكتب). دلوقت كان إيه سؤال ال ٦٤
ألف دولار؟

المريضة: إيه اللي كان بيدور فى دماغى دلوقت؟

المعالج: كويس.. اكتبى ده.

المشاعر	_____ الأفكار
	ما تفكر فيه يؤثر على ما تشعر به. أحياناً تكون أفكارك غير صحيحة بالكامل.
الشعور	_____ الفكرة
حزن	أنا عمرى ما حاكون زى الطلبة دول خطوات العلاج: ١ - التعرف على الأفكار التلقائية. ٢- تقييم والتكيف مع الأفكار. ٣- إذا كانت الأفكار حقيقية فكر فى حل المشكلة.

(شكل ٦-١) (ملاحظات سالى من الجلسة ١)

اكتشاف الأفكار التلقائية:

إن مهارة تعلم كيفية التعرف على الأفكار التلقائية تشبه تعلم أى مهارة أخرى وبعض المرضى والمعالجين يتعلمونها بسهولة وسرعة. وآخرون يحتاجون إلى كثير من الإرشاد والتدريب للتعرف على الأفكار التلقائية والتخيلات. والجزآن التاليان يشرحان طرق اكتشاف الأفكار التلقائية ووسائلها (ملخص فى الشكل ٦-٢). والطريقة الأولى للتعرف على الأفكار التلقائية هى التعرف على الأفكار فى الجلسة نفسها. والطريقة الثانية هى التعرف على الأفكار التلقائية للمريض فى أثناء مواقف معينة بين الجلسات من خلال التذكر أو التخيل أو تمثيل الأدوار أو الافتراض.

التعرف على الأفكار التلقائية التي تنشأ خلال الجلسة:

إن الوقت الملائم للتعرف على الأفكار التلقائية في أثناء الجلسة هو حينما يلاحظ المعالج تغيراً في حالة المريض المزاجية.

المعالج: أنا دلوقت لاحظت تغيير في عينيك؟ إيه اللي بيدور حالاً في دماغك دلوقت؟

إنه من المهم أن يكون المعالج منتبهاً لكل الإشارات اللفظية وغير اللفظية التي تبديها المريضة. ولكي تكون قادراً على التعرف على (الإدراك الساخن) وهي الأفكار والتخيلات المهمة التي تنشأ في أثناء الجلسة العلاجية نفسها، وتكون مرتبطة بتغير أو شدة في المشاعر. وهذا الإدراك الساخن يكون عن المريضة نفسها (أنا فاشلة) أو المعالج (هو لا يفهمني) أو الشخص موضوع المناقشة (إنه ليس من العدل أن على أشياء كثيرة يجب عملها). وهذا الإدراك الساخن من الأهمية بمكان في عملية تصور أو (تكوين المفهوم) عن المريضة. وعموماً فهذه الأفكار المحملة بالمشاعر هي أهم ما يمكن التعامل معه، وكذلك هذا الإدراك الساخن يمكن أن يقلل من حافز المريضة وإحساسها بقيمتها أو أهميتها. إنه يمكن أن يؤثر في قدرتها على التركيز في الجلسة، وأخيراً يمكنه التأثير على العلاقة العلاجية. إن التعرف على الأفكار التلقائية في اللحظة نفسها يعطى المعالج الفرصة لاختيار الأفكار والاستجابة لها في الحال؛ مما يسهل العمل في بقية الجلسة.

ولكن كيف يعرف المعالج أن المريضة قد أصابها تحولاً في الحالة المزاجية؟

ذلك بالانتباه للإشارات غير اللفظية مثل التغير في تعبيرات الوجه أو شد في العضلات أو تغيراً في وضع الجلوس أو إيماءات يديوية أو إشارات لفظية تشمل تغيراً في نبرة الصوت أو حدته أو حجمه أو سرعته. وحينما يلاحظ تغيراً يبدأ المعالج في التدخل بالسؤال عما يجري في ذهنها الآن. وإذا لم تستطع

المريضة أن تخبره بأى فكرة، يمكن للمعالج أن يستحث ذاكرتها بأن يجعلها تركز على مشاعرها وردود أفعالها الفسيولوجية.

المعالج: إيه اللي بيدور فى مخك دلوقت؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: طب إيه شعورك دلوقت؟

المريضة: مش عارفة.. يمكن حزينة.

المعالج: حاسة فين الحزن أكثر حاجة؟

المريضة: فى صدرى وورا عيني.

المعالج: أنا لما سألت عن المدرسة شعرت بالحزن، فيه أى أفكار كنت بتفكرى فيها؟

المريضة: يمكن كنت بأفكر فى فصل الاقتصاد، كنت بأفكر فى الامتحان من ثانى.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه، أو كنت بتتخيلى إيه؟

المريضة: تخيلت (C) فى أول الصفحة بالحبر الأحمر.

وسائل تعديل الأفكار التلقائية

(ما الذى كان يدور فى ذهنك حينئذ؟)

سؤال أساسى

للتعرف على الأفكار التلقائية:

١. اسأل ذلك السؤال عندما تلاحظ أى تغير (أو زيادة أو نقص) فى المشاعر

فى أثناء الجلسة.

٢. اجعل المريضة تتذكر موقفًا أو وقتًا معينًا لاحظت فيه تغيرًا فى المشاعر،

واسأل السؤال السابق.

٣. إذا لزم الأمر اجعل المريضة تستخدم الخيال في وصف موقف أو وقت معين كما لو كان الآن ثم اسأل السؤال.
٤. إذا كان ضرورياً أو مرغوباً فيه اجعل المريضة تمثل دوراً معك في موقف معين ثم أسأل السؤال السابق.

أسئلة أخرى للتعرف على الأفكار التلقائية:

١. ما الذي تعتقد أنك كنت تفكرين فيه؟
٢. هل تعتقد أنك كنت تفكرين في ___ أو ___؟
٣. هل كنت تتخيلين شيئاً ممكن أن يحدث أو تتذكرين شيئاً قد حدث؟
٤. ماذا يعنى هذا الموقف بالنسبة لك (أو ماذا يقول عنك)؟
٥. هل كنت تفكرين (___)؟ (يذكر المعالج فكرة مضادة للجواب المتوقع).

شكل ٦-٢ ملخص لطريقة التعرف على الأفكار التلقائية

Copyrights 1993 by Judith S. Beck Ph. D

وبإصرار قليل كانت سالى قادرة على إخبار المعالج بتخيلها. وإذا رأى المعالج أن التركيز على العاطفة لم يساعد، ينبغي على المعالج أن يغير الموضوع، حتى لا تشعر سالى بالهرج، أو أنها تحت التحقيق أو تشعر بأنها فاشلة في التعبير عن أحاسيسها، أو القدرة على التعرف على أفكارها التلقائية مما يزيد من إحساسها بالفشل.

المعالج: مش مهم، حاجة مش مهمة.. إيه رأيك نكمل في بقية مواضيع الأجنده؟

ومن ناحية أخرى، فإنه من الحكمة أن يتابع البحث عن هذا الإدراك الساخن، على الرغم من أنه من المرغوب فيه أن تساعد المريضة أن تتعرف على أفكارها الخاصة بدلاً من التخمين من جهة المعالج. وهناك عدد من الأسئلة يمكن أن تساعد إذا لم تستطع ذلك؛ فيسألها المعالج أن تخمن أو تضع أمامها بعض الاحتمالات، ويمكنه أن يسأل عن تخيل معنى أى موقف بالنسبة لها، أو يسألها

عن فكرة معينة تكون مضادة تماما للفكرة التى يتوقع المعالج أن تكون برأسها.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك لما سألتك عاملة إيه فى المدرسة؟ وشعرت بالحنن؟

المريضة: مش عارفة، حقيقى مش عارفة. أنا بس حسيت بالحنن.

المعالج: إذا أنت خمنتى مثلاً، تقدرى تخمنى أنت كنت بتفكرى فى إيه؟ أو تفنكرى أنك كنت بتفكرى فى المدرسة، أو فى شغلك، أو فى العلاج؟ أو كنت متخيلة صورة فى دماغك؟ أو إيه المعنى اللى وصلك لما سألتك عن المدرسة؟ ولا كنت بتفكرى أن كل شيء ماشى تمام؟

التعرف على الأفكار التلقائية فى موقف معين:

وهذه الأسئلة نفسها يمكن استخدامها للتعرف على الأفكار التلقائية بين الجلسات. ومرة أخرى يحاول المعالج بالسؤال المعروف (ما الذى كان يجرى فى ذهنك؟) حينما تصف المريضة مشكلة ما، وغالبًا ما تساعد المعالج المريضة بسؤالها عن تفاصيل أكثر عما حدث.

المعالج: يعنى كنت قاعدة فى الصف، وفجأة حسيتى أنك عصبية؟ إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: طب إيه اللى كان بيحصل؟

المريضة: كان الأستاذ بيشرح متطلبات البحث، وبعدين الولد اللى جانبي، همس فى ودنى وقال لى يا ترى هو عايزه يخلص إمتى؟

المعالج: يعنى الولد ده كلمك ساعة الأستاذ ما كان بيشرح؟ وأنت حسيت بالعصبية؟

المريضة: آه.. أنا عارفة أنا كنت بأفكر (هو قال إيه؟ أنا إيه اللي ما سمعتوش؟ دلوقت أن مش عارفة أعمل إيه).

وإذا لم يكن الوصف اللفظي للموقف كافيًا لإظهار الأفكار التلقائية، يمكن للمعالج أن يسأل المريضة أن تتخيل صورة للموقف كما لو كان حادثًا الآن، ويشجعها على وصف التفاصيل بقدر الإمكان متكلمة بالفعل المضارع.

المعالج: سالي ممكن تتخيلي أنك في الفصل دلوقت، الأستاذ بيتكلم، الطالب اللي جانبك بيتكلم في ودنك، وأنت حاسة بعصبية.. أو صفى الموقف بالتفاصيل الدقيقة على قد ما تقدرى، زى ما تكون بتحصل دلوقت؟ إيه حجم الفصل؟ وأنت قاعدة فين؟ وفين الأستاذ؟ بيقول إيه؟ وأنت بتعملى إيه؟ وهكذا...

المريضة: أنا في حصة الاقتصاد، الأستاذ واقف في مقدمة الفصل أنا كنت قاعدة في ثالث أو رابع صف، أنا كنت بسمع بصعوبة.

المعالج: يعنى.. أنا قاعدة في ثالث أو رابع صف، أنا بأسمع بصعوبة (مساعداً المريضة على أن تتخيل أن ذلك يحدث الآن).

المريضة: هو بيقول حاجة عن إيه المواضيع اللي ممكن نختارها، نظرية اقتصادية فاحصة.. أو حاجة كده وبعدين الولد ده على الناحية الشمال ميل على ودنى وقالى (هو عاوز البحث ده إمتى؟).

المعالج: وإيه اللي بيدور في مخك دلوقت حالاً؟

المريضة: هو الأستاذ قال إيه؟ أنا ما سمعتش إيه؟ أنا مش عارفة أعمل إيه.

هنا يساعد المعالج المريضة على تخيل الموقف كما لو كان يحدث الآن، وحينما يلاحظ أن المريضة تعود إلى الفعل الماضى يذكرها ويرشدها برفق إلى استعمال الفعل المضارع حتى تكون التجربة أنية.. وكذلك إذا كانت المريضة تجد صعوبة فى التعرف على أفكارها التلقائية فى موقف تفاعل بين أشخاص، يمكن

للمعالج أن يساعدها في إعادة الموقف من خلال تمثيل الأدوار، فتشرح المريضة من قال ماذا لفظياً، ثم تمثل المريضة نفسها ويمثل المعالج الشخص الآخر.

المعالج: يعنى أنت كنت حاسة بحزن وإحباط لما كنت بتتكلمى مع زميلك فى الصف عن الواجبات؟

المريض: أيوه.

المعالج: إيه اللي كان بيدور فى مخك لما كنت بتتكلمى معاه؟

المريضة: مش عارفة أنا بس كنت حاسة بإحباط.

المعالج: ممكن تقولى لى أنت قلت لها إيه وهى قالت لك إيه؟

المريضة: (تصف الحوار اللفظى).

المعالج: إيه رأيك نمثل الحكاية؟ أنا حأكون زميلتك؟ وأنت هاتكونى أنت.

المريضة: ماشى.

المعالج: وإحنا بنحاول إعادة خلق الموقف، شوفى لو تقدرى تتصورى اللي كان بيدور فى دماغك.

المريضة: (تومئ).

المعالج: هه ابدأى هتقولى إيه فى الأول.

المريضة: كارين، ممكن أسألك سؤال.

المعالج: بالتأكيد.. بس ممكن تتصلى بى بعدين، أنا لازم الحق الحصة الثانية حالياً.

المريضة: ده سؤال سريع.. أنا عاوزة بس أسأل عن اللي قاله دكتور سميث عن ورقة البحث.

المعالج: أنا فعلاً مستعجلة دلوقت، اتصلى بى بعد السابعة، ماشى؟ باى باى

بره التمثيل هل كنت واعية باللى بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: أيوة. أنا كنت حاسة أنها مشغولة جدًا عنى، أو مش عايزة تساعدنى بجد، وما كنتش عارفة أعمل إيه.

المعالج: يعنى كان عندك الأفكار دى (هى مشغولة جدًا عنى) (هى فى الحقيقة مش عايزة تساعدنى) (أنا مش عارفة أعمل إيه)؟

المريضة: تمام.

المعالج: والأفكار خلتك تشعرى بالحزن؟

المريضة: نعم.

وإذا كانت المريضة ما زالت غير قادرة على الإخبار بأفكارها، يفضل أن ينتقل المعالج إلى شئ آخر أو يستخدم الأسئلة الخاصة (المبنية فى شكل ٦-٢).

التعرف على أفكار تلقائية إضافية:

من المهم أن يستمر المعالج فى سؤال المريضة حتى ولو أعلنت بعض الأفكار المبدئية، وهذه الأسئلة الإضافية يمكن أن تستحضر أفكارًا أخرى مهمة.

المعالج: يعنى لما استحضرت اللى حصل فى الامتحان فكرت (كان المفروض أعمل أكثر من كده، كان لازم أذاكر أحسن من كده) إيه ثانى اللى دار فى مخك؟

المريضة: كل الناس ممكن يكونوا جاوبوا أحسن منى.

المعالج: طب وبعدين؟

المريضة: أنا فكرت (المفروض ما كنتش هنا، أنا فاشلة).

وينبغى للمعالج أن يكون واعيًا أن المريضة يكون لديها أفكار تلقائية أخرى. ليس على الموقف نفسه، وإنما عن رد فعلها تجاه الموقف.

فيمكن أن تدرك مشاعرهما، أو تصرفاتها أو استجابتها الفسيولوجية تجاه الموقف بطريقة سلبية.

المعالج: يعنى كانت عندك فكرة (أنا ممكن أخرج نفسى) وشعرت بالقلق، وبعدين حصل إيه؟

المريضة: بدأ قلبى يدق بسرعة وفكرت (يا ترى أنا إيه اللى بيجرالى؟)

المعالج: وحسيت ب.....؟

المريضة: قلق أكثر.

المعالج: وبعدين.

المريضة: أنا فكرت أنى عمري ما حاتحسن.

المعالج: وحسيتى...

المريضة: حزينه ويائسة.

لاحظ هنا أن المريضة أولاً كان لديها أفكار تلقائية عن موقف معين (التطوع فى الفصل) ثم كان لديها أفكار عن قلقها وتفاعلاتها الجسمانية. وفى حالات كثيرة تكون هذه التفاعلات الجسمانية مؤلمة وتضاعف بشدة القلق الموجود. ولكى نعمل بكفاءة تامة ينبغى أن نحدد أولاً النقطة التى بدأت عندها متاعب المريضة (قبل أو أثناء أو بعد حدث معين) وماذا كانت أفكارها التلقائية فى أثناء هذه النقطة. ويمكن للمريضة أن تكون لديها أفكار تلقائية عند توقع موقف معين (ماذا لو صرخت فى وجهى؟) أو فى أثناء الموقف (لقد ظننت أنى غيبية) وبعدها الموقف متألمة فيما حدث (أنا لا أستطيع عمل أى شئ بطريقة صحيحة، لم يكن يجب أن أحاول أصلاً).

التعرف على الموقف المشكلة:

المعالج: (ملخصًا) يعني كنت متضايقه جدًا الأيام اللي فاتت، ولكن مش متأكدة ليه أنت عندك مشكله فى التعرف على أفكارك، بس كنت حاسه بالضيق معظم الوقت، لكن ليه مش عارفه، مضبوط؟

المريضة: أبوة، أنا بس مش عارفة ليه أنا شاعرة بالحزن معظم الوقت.

المعالج: إيه نوع الحاجات اللي كنت بتفكرى فيها؟

المريضة: المدرسة، دى واحدة وكمان علاقتى مش كويسة مع زميلتى فى السكن وحاولت أتصل بماما ثانى لكن ما عرفتش أوصل لها، مش عارفة أى حاجة.

المعالج: يعنى فيه مشكله مع المدرسة، مع زميلتك فى السكن، فى الوصول لوالدتك فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أبوة.. ماكنتش حاسه إن صحتى كويسة، خايفة أمراض كبير قبل ما أخلص ورقة البحث دى.

المعالج: إيه أكثر حاجة مضايكاكى من الحاجات اللي قولتيها دي؟ المدرسة، زميلتك، الوصول لوالدتك، إحساسك بالتعب.

المريضة: أوه.. حقيقى مش عارفة.

المعالج: خيلنا بس نكتب الأربع حاجات دي؟ دلوقت خيلنا نفترض أن حكاية التعب دى اتخلصنا منها يعنى أنت دلوقت صحتك كويسة، قد إيه القلق دلوقت؟

المريضة: تقريبا هو هو.

المعالج: طيب، نقول، نقول فرضًا، إنك وصلت لماما بعد الجلسة فورًا، واطمأنتى عليها؟ حاسه بايه دلوقت؟

المريضة: شوية أحس بس مش كثير.

المعالج: طيب.. خرينا نقول مشكلة المدرسة؟ هى إيه مشكلة المدرسة؟

المريضة: لازم أخلص ورقة البحث الأسبوع الجاى.

المعالج: خرينا نفترض أنك سلمت الورقة بدري، وعملتيا كويس خالص دلوقت إيه إحساسك؟

المريضة: دى حتبقى راحة عظيمة لو الورقة دى خلصت، وخلصت كويس.

المعالج: يعنى معنى كدة إن أهم مشكلة عندك هى مشكلة ورقة البحث؟

المريضة: نعم.. أعتقد كدة.

المعالج: دلوقت علشان نتأكد، لو لسة عندك الورقة بتشتغلى فيها، وحكاية زميلتك فى السكن لسه ما تحلثش؟ حا تشعري بإيه؟

المريضة: مش كويس قوي، أعتقد أنها الورقة اللى شاغلانى أكثر حاجة.

المعالج: فى دقيقة، حنركز على مشكلة المدرسة، لكن أولاً عاوزك تراجعى إحنا إزاي اتصورناها علشان تعملها لوحدك بعد كدة.

المريضة: إحنا عملنا لسته بكل المشاكل المحتملة، وتخيلنا أننا خرينا واحدة واحدة.

المعالج: وأنت شفت إيه أكثر مشكلة حتريحك لو انحلت؟

المريضة: نعم.

(ويركز المعالج والمريضة على مشكلة المدرسة، فيحددان ثم يتجاوبان مع الأفكار التلقائية ويحاولان طرح حلول).

ويمكن أن تستخدم الطريقة نفسها فى مساعدة المريضة فى تحديد ما هو أهم جزء من المشكلة المعنية أكثر إزعاجًا.

المعالج: يعنى كنت شوية متضايقه من زميلتك فى الغرفة، إيه بالضبط اللي مضايقتك منها؟

المريضة: أوه، أنا مش عارفة، كل حاجة.

المعالج: ممكن تذكرى بعض الحاجات.

المريضة: مثلاً تأخذ أكلى ما تحتطش مكانه، مش بطريقة لئيمة لكن برضة بتضايقتني، ولها صديق وكل ما بتتكلم عنه أحس أنى ماليش حد، وبعدين فوضوية مش مرتبة.. وبعدين مش مهتمة كدة مثلاً تنسى تسدينى رسالة على التليفون وحاجات زى كدة.

المعالج: فيه حاجة ثانية.

المريضة: دى أهم الحاجات.

المعالج: كويس إحنا عملنا ده قبل كدة، خلينى أقرأ لك الحاجات ثانى علشان نشوف إيه أكثر حاجة مضايقاكي. ولو ما قدرتيش، هنتخلص نظرياً منهم واحدة بواحدة ونشوف أى واحدة ها تعمل فرق فى مشاعرك؟ ماشى؟

التفرقة بين الأفكار التلقائية والتأويل

حينما يسأل المعالج المريضة عن الأفكار التلقائية، فإنه يبحث عن الكلمات الحقيقية أو التخيلات التى دارت فى مخها حتى تتعلم كيف تتعرف على هذه الأفكار. وربما يذكر المرضى "تأويلاتهم" التى تعكس أو لا تعكس أفكارهم الحقيقية، وفى المثال التالى يرشد المعالج مريضته لكى تسجل أفكارها.

المعالج: لما شفت البنيت دى فى الكافتيريا، إيه اللي دار فى مخك؟

المريضة: أفكر إن كان عندى إنكار لمشاعرى الحقيقية .

المعالج: إيه فعلاً اللي كنت بتفكرى فيه؟

المریضة: مش متأكدة أنت بتقصد إیه؟

فی هذا السیاق ذكرت المریضة تأویلاً لما كانت تحسه وتفكر فیہ. وفی التالی یحاول المعالج مجدداً بالتركیز علی مشاعرہا.

المعالج: لما شفٹیہا، إیہ المشاعر اللی حسیتیہا؟

المریضة: أفتكر إنی كنت باحاول أتجاهل مشاعری.

المعالج: إیہ المشاعر اللی كنت بتتجاهلیہا؟

المریضة: مش عارفة.

المعالج: لما شفٹیہا، هل شعرت بسعادة؟.. إثارة؟ (مقدماً شعوراً معاكساً لما هو متوقع لتحفيز تذكرها).

المریضة: لا.. علی الإطلاق.

المعالج: ممكن تفنكری وأنت ماشیه ناحية الكافتیریا وشفٹیہا؟ ممكن تتخلى ده فی مخك؟

المریضة: أوه هه.

المعالج: إیہ مشاعرك؟

المریضة: حزینة.. أفتكر.

المعالج: وأنتی بنتجی علیہا، إیہ أی اللی كان بیدور فی دماغك؟

المریضة: أشعر بحزن حقیقی، فراغ فی معدتی (هنا تذكر مشاعر واستجابات فسیولوجیة بدلاً من أفكار).

المعالج: إیہ اللی بیدور فی مخك دلوقت؟

المریضة: هی فعلاً جمیلة، أنا ما أجهش حاجة بالنسبة لها.

المعالج: (يكتب كلمات المريضة) كويس فيه حاجة ثانية؟
المريضة: لا أنا بس مشيت لغاية الترابيزة، وبدأت أتكلم مع زميلاتي.

التفرقة بين الأفكار التلقائية النافعة وغير النافعة نسبياً:

وحتى تتعلم المريضة كيفية التعرف على الأفكار المعينة التي تضايقها؛
فربما تسجل عددًا من الأفكار بعضها مجرد وصفى أو حميد أو ليس له علاقة
بالمشكلة. وأما الأفكار التلقائية ذات المغزى دائماً ما تكون مرتبطة بتوتر شديد.
وكما في الجزء السابق يحاول المعالج أن يقرر ما هي الفكرة أو الأفكار التي ينبغي
التركيز عليها للفائدة.

المعالج: يعنى أنت كنت شاعرة إلى حد ما بالحزن لما حظيتى سماعة التليفون، إيه
اللى كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: آه.. صديقتى فى المدرسة فعلاً عاملة كويس خالص، وجدت شغل،
وعاملة علاقات مع كثير من أصدقائنا. وبتستخدم سيارة الأسرة، علشان
كدة مش متقيدة. ساعات أتمنى أنى أكون زيها، بصراحة ممتازة، أنا
مجرد فاشلة.

المعالج: كان عندك الأفكار دى (أنا مجرد خاسرة) لما حظيتى السماعة؟
المريضة: (تومئ).

المعالج: فى حاجة ثانية فى دماغك؟
المريضة: لا مفيش غير أنى فاشلة وعمرى ما حاكون زيها.

تحديد الأفكار التلقائية الخفية فى المحادثة:

يحتاج الناس إلى أن يتعلموا كيف يحددون الكلمات الحقيقية التي تدور فى
أذهانهم حتى يستطيعون تقييمها بدقة. وفيما يلي بعض الأمثلة عن الأفكار الخفية

الأفكار الخفية الأفكار التلقائية الحقيقية

- أنا أعتقد أنى كنت أسأل إن كان يحبنى. - هل هو يحبنى؟
- أنا لا أعرف إن كان الذهاب للأستاذ يعتبر - إنه من المحتمل أن يكون
مضیعة للوقت. مضیعة للوقت إذا ذهبت.
- أنا لا أستطیع أن أهیئ نفسى لأبدأ القراءة. - أنا لا أستطیع ذلك.

یحاول المعالج برفق أن یقود المريضة للتعرف على الكلمات الحقيقية التى دارت فى ذهنها.

المعالج: یعنی لما احمریتى خجلاً فى الفصل، إيه اللى كان بيدور فى دماغك؟
المريضة: یمكن، كنت بأسأل نفسى لو كان فكر فى أنى غريبة.

المعالج: ممكن تفكرى الكلمات الحقيقية اللى كنت بتفكرى فیها؟
المريضة: (مرتبكة) مش عارفة أنت تقصد إيه!

المعالج: یعنی كنت بتفكرى (أنا یمكن بأخمن لو كان فاكرنى غريبة) أو (یا ترى هو یفكر إنى غريبة؟).

المريضة: أیوة فهمت.. الثانية أو بالضبط أعتقد أنها كانت (یمكن هو بیفكر أنى غريبة).

تغییر صیغة الأفكار التلغرافية والاستفسارية:

یصف المرضى غالباً أفكار كاملة المفهوم. وبما أنه من الصعب تقییم هذه الأفكار التلقائية یرشد المعالج المريضة لكى تعبر عن أفكارها بالتفصیل.

المعالج: إيه اللي كان بيدور فى مخك لما أعلن عن الورقة البحثية؟

المريضة: آه، آه، أنا بس فكرت آه.. آه.

المعالج: ممكن تقولى لى إيه معنى الفكرة آه.. آه.

المريضة: أنا مش ها أعرف أعمل الشغل ده.. عندى حاجات كثيرة أعملها.

وإذا لم تستطيع المريضة توضيح أفكارها، يمكن للمعالج أن يقدم فكرة معاكسة (هل آه.. آه يعنى أنه جيد وجميل). والأفكار التلقائية قد يعبر عنها فى صيغة سؤال مما يزيد من صعوبة التقييم، ولهذا يساعد المعالج مريضته للتعبير عن الأفكار فى جمل قبل مساعدتها فى عملية التقييم.

المعالج: يعنى أنت حسيتى بالقلق؟ إيه اللي كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: كنت بأفكر (يا ترى هعدى الامتحان؟)

المعالج: طيب قبل ما نقيم الفكرة دي. ممكن نقلبها إلى جملة علشان نعرف نشغل فيها بسهولة؟ هل كنت بتفكرى أنك حا هتعدى ولا مش هتعدى.

المريضة: مش هعدى.

المعالج: يعنى ممكن نصيغ فكرتك كالتالى. (أنا ممكن ما عديش الامتحان؟)

وهذا مثال آخر:

المعالج: يعنى كان عندك الفكرة (إيه اللي هيحصل لى إذا أصبحت أكثر وأكثر

عصبية؟) إيه اللي خايفة إنه يحصل؟

المريضة: مش عارفة أفقد أعصابى.. يمكن.

المعالج: خايفنا نبص على الفكرة (أنا ممكن أفقد أعصابى).

فى المثال السابق، يقود المعالج المريضة إلى التصريح بدقة عن مخاوفها.

وفى المثال التالى نعانى المريضة مبدئيًا من صعوبات فى التعرف على مخاوفها

المرتبطة بأفكارها التلقائية. وهنا يحاول المعالج تجربة عدة أسئلة مختلفة للتعرف على الفكرة:

المعالج: يعنى فكرت (طب وبعدين؟) إيه اللي فكرتى أنه ممكن يحصل بعدين؟
المريضة: مش عارفة.

المعالج: هل كنت خايفة أن فيه حاجة معينة تحصل؟.
المريضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه أسوأ حاجة ممكن تحصل فى الظروف دى؟.
المريضة: آآ آآ ممكن أنفصل من المدرسة.

المعالج: تفتكرى ده اللي كنتى خايفة أنه يحصل فى الوقت ده؟

والمربع التالى يوضح كيف يمكن تغيير صيغة السؤال إلى جمل حتى يمكن تقييمها:

السؤال	الجملة
هل أستطيع أن أتكيف؟	أنا أستطيع التكيف.
هل سأتحمل إذا رحلت عنى؟	لن أستطيع التحمل إذا رحلت عنى.
ماذا لو لم أستطع عمل ذلك؟	سوف أفقد عملى إذا لم أستطع عمل ذلك.
ماذا لو صرخت فى وجهى؟	سوف تؤذى مشاعرى إذا صرخت فى وجهى.
كيف أستطيع الدخول خلاله؟	لن أستطيع الدخول خلاله.
ماذا لو لم أتغير؟	سوف أكون بائسة إلى الأبد لو لم أتغير.
لماذا يحدث لى ذلك؟	لا ينبغى أن يحدث ذلك لى.

تعليم المرضى كيفية التعرف على الأفكار التلقائية:

كما ذكرنا فى الفصل الرابع، يستطيع المعالج أن يعلم مرضاه مهارة

التعرف على الأفكار التلقائية حتى من الجلسة الأولى، وهنا يوضح المعالج فقط النموذج المعرفي مستخدماً مثلاً من المريضة نفسها.

المعالج: سالي.. لما تلاقى فيه أى تغير فى مشاعرك أو بقيتى أسوأ فى الأسبوع الجاى ممكن تقضى وتسألنى نفسك (إيه اللى بيدور فى مخى دلوقت حالاً؟)

المريضة: حاضر.

المعالج: ممكن تكتبى بعض الأفكار دى على الورقة؟

المريضة: بالتأكيد.

وفى الجلسات التالية يمكن للمعالج أن يعلم مريضته بصراحة طرق أخرى إذا كان السؤال (ما الذى يجرى بخاطرك الآن) لا يساعد كثيراً.

المعالج: فى بعض الأحيان ممكن ما تكونيش قادرة أنك تقولى أنت كنت بتفكرى فى إيه. علشان كدة ممكن ساعتها أو فى وقت ثانى تحاولى اللى عملناه دلوقت فى الجلسة دي. حاولى تستعيدى المنظر على قد ما تقدرى فى خيالك، زى ما يكون بيحصل ثانى، وبعدين ركزى على مشاعرك، وبعدين اسألنى نفسك (إيه اللى بيدور فى مخى؟) تفكرى حتقدرى تعملى كده؟ وإلا تيجى نعملها تانى؟

المريضة: هحاول.

وكذلك إذا كان طرح السؤال الأساسى والتخيل ليسا كافيين، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة بوضوح كيفية وضع فرضية عن أفكارها، ولكن يفضل أن تستخدم هذه الطريقة كحل ثانٍ لأنه غالباً ما يذكر المريض تبريراً متأخراً بدلاً من ذكر أفكاره الحقيقية فى ذلك الوقت.

المعالج: إذا فيه عندك صعوبة فى تصور إيه اللى بيدور فى مخك، عندك هنا فى الشكل ده بعض الأسئلة اللى ممكن تسألها لنفسك (انظر شكل ٦-٢).

المریضة: ماشى.

المعالج: السؤال الأول: إذا اضطررت، یا ترى ممكن أضمن أنا كنت بأفكر فى إيه؟
أو هل كنت بأفكر فى كذا أو كذا؟ أو هل كنت بانخيل حاجة أو بأفكر فى
حاجة أو افكرت حاجة؟ أو الموقف ده بيعنى إيه بالنسبة لى؟ أو ممكن
تفكرى فى فكرة مضادة للى ممكن يدور فى ذهنك يمكن نحفز ذاكرتك.

المریضة: مفهوم.

المعالج: إيه رأيك تجربى الأسئلة دى الأسبوع ده إذا وجدت صعوبة فى التعرف على
أفكارك التلقائية أو لو تخيل الموقف مرة ثانية ما ساعدش .

المریضة: كويس

والخلاصة، أن الأشخاص ذوى الاضطرابات النفسية لديهم أخطاء متوقعة
فى تفكيرهم. ويساعدهم المعالج المعرفى على التعرف على أفكارهم التلقائية المعطلة
أو الخاطئة ثم يقيمونها ويحاولون إصلاحها.. وتبدأ العملية بالتعرف على أفكار تلقائية
معينة فى مواقف معينة. والتعرف على الأفكار التلقائية مهارة يمكن أن تتكون بسهولة
وطريقة طبيعية عند بعض المرضى بصعوبة بالنسبة للآخرين. ويحتاج المعالج إلى
الاستماع جيداً ليتأكد أن المرضى يصفون أفكاراً حقيقية، وربما تحتاج إلى تغيير
استفساراته إذا لم يستطع المرضى التعرف على أفكارهم. والفصل الثانى سوف
يوضح مع أشياء أخرى الفرق بين الأفكار التلقائية والمشاعر.

الفصل السابع

التعرّف على المشاعر

إن للمشاعر أهمية أساسية للمعالج المعرفي، وبعد كل شيء يكون الهدف الأساسي للعلاج هو تحسين المشاعر، والتخفيف من مستوى التوتر لدى المريضة حينما تطور أفكارها التلقائية.

والمشاعر السلبية القوية مؤلمة، وربما تكون معطلة إذا أثرت على قدرة المريضة على التفكير بوضوح أو قدرتها على حل المشاكل أو العمل بكفاءة أو الحصول على الرضا. والمرضى النفسيون غالبًا ما يختبرون مشاعرهم أكثر مما يتطلب الموقف؛ فعلى سبيل المثال شعرت سالى بذنب شديد ثم حزن حينما اضطرت إلى إلغاء حدث اجتماعي بسيط مع زميلتها فى السكن. وكانت أيضًا شديدة القلق حينما فكرت فى الذهاب لأستاذها لطلب المساعدة. وعلى الرغم من أن المعالج يدرك عدم مناسبة المشاعر، فإنه يمتنع عن تسميتها بذلك، وخصوصًا فى مراحل العلاج الأولى، وإنما يؤكد ويتعاطف مع ما تشعر به المريضة. أنه لا يتحدى مشاعر المريضة ولكنه يركز على الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات التى تتسبب فى إزعاجها حتى يستطيع التخفيف من مشاعرها.

وليس على المعالج أن يحلل كل المواقف التى تشعر فيها المريضة بالحزن، وإنما المعالج المعرفي يهدف إلى التخفيف من ضغط المشاعر الناجم عن التأويل الخاطئ لموقف ما؛ فالمشاعر السلبية هى جزء من حياتنا الغنية بالمشاعر وتعمل كما يعمل الشعور بالألم الجسماني منبهة إيانا بمشكلة محتملة تحتاج إلى الاهتمام. وبالإضافة إلى ذلك يهدف المعالج إلى تقوية مشاعر المريضة الإيجابية خلال الأسبوع، وكذلك الذكريات الإيجابية من خلال مناقشة (دائمًا مختصرة نسبيًا) هوايات المريضة أو الأحداث الإيجابية التى حدثت خلال الأسبوع، وكذلك الذكريات الإيجابية،... وهكذا. وغالبًا ما يعطى واجبًا منزليًا يهدف إلى زيادة عدد

النشاطات التي تشعر فيها المريضة بالسيطرة والسرور (انظر الفصل الثاني عشر)، وهذا الفصل يشرح كيف تفرق بين المشاعر والأفكار التلقائية، وكيف تميز بين المشاعر، وكيفية تسميها، وكيف تحدد كثافتها وقوتها.

التمييز بين الأفكار التلقائية والمشاعر:

كثير من المرضى لا يفهمون بوضوح الفرق بين ما يفكرون به وما يشعرون به. ويحاول المعالج أن يفهم تجربة المريضة، ويحاول أن يشاركها هذا الفهم. وباستمرار وبهدوء يساعدها على رؤية أحاسيسها من خلال النموذج المعرفي، وينظم المعالج المواد التي تقدمها المريضة في مجموعات النموذج المعرفي.

موقف ← أفكار تلقائية ← ردود أفعال (مشاعر - سلوك - استجابات فسيولوجية)، وينبغي أن يكون المعالج متنبهاً للمواقف التي تكون فيها المريضة غير مستطبعة للتفريق بين الأفكار والمشاعر (مشوشة). في هذه الأوقات وبناء على سير الجلسات وأهدافها ودرجة التعاون بينهما، يقرر المعالج أن يتجاهل هذا التشويش كلية ليتناوله فيما بعد أو يتناوله في وقته (سواء صراحة أو ضمناً).

وفي بعض الأحيان يكون الخلط بين الفكرة والشعور غير ذات أهمية في موقف معين، وفي هذه الحالة يتجاهل المعالج التشويش بالمرّة، وأنه لمن الأفضل أن نتعامل مع التشويش في مناسبة أخرى إذا كان لابد من مناقشته.

المعالج: أنت قلت لما وضعنا الأجندة إنك حبيبتى تتكلمى عن المكالمة التليفونية اللى عملتيها مع أخوكى.

المريضة: أيوه. أنا طلبته من يومين، وحسيت أن زى ما يكون مش عايز يكلمنى، حسيت كده أنه بعيد، حسيت أن مش مهم عنده إذا كنت أطلبه أو لا.

المعالج: إذا فعلاً حقيقى إن مش مهم عنده إنك تطلبيه أو لأ .. ده معناه إيه بالنسبة لك؟

هنا يحاول المعالج أن يكشف عن المعتقدات التحتية متجاهلاً هنا الخلط بين المشاعر والأفكار التي ذكرتها المريضة. إنهما يتقدمان لتقييم وتعديل افتراضى معطل وفي مناسبة أخرى ينظر المعالج للخلط بأهمية، ولكنه يخشى أنه في حالة توضيح ذلك سوف يعطل سير الجلسة أو هذا الجزء من الجلسة فيستمر في مناقشة ما هو فيه ثم يعود ليفرق بين المشاعر والأفكار مؤخرًا.

المعالج: أنا عاوز أرجع لحاجة اتكلمنا فيها من شوية، فاكرا لما قلتى لى إنك عرفت أن لازم تروحي المكتبة بس حسيتى إنك مش عاوزة تروحي؟
المريضة: أيوة

المعالج: أنا بتهيالى أنه كان عندك زى فكرة، (أنا مش عاوزة أروح) (أنا مش باحب أروح).

المريضة: أنا فكرت.. أنا مش حابّة أروح.

المعالج: أنت كنت قلقانة شوية بتهيالى؟

(وفي أحيان كثيرة يصحح المعالج بهدوء هذا الخلط بين المشاعر بالأفكار).

المريضة: أنا كنت راقدة فى السرير، بأبص فى السقف، حاسة أنى عمري ما هأقدر أقوم وهاروح الحصّة متأخرة.

المعالج: يعنى كنت راقدة فى السرير، وكان عندك فكرتين (أنا عمري ما هأقدر أقوم) و(هاروح الحصّة متأخرة).

المريضة: بالضبط.

المعالج: إزاي الأفكار دى أثرت على مشاعرك؟

وأخيرًا في بعض الأحيان يقرر المعالج عمل تحديد واضح للمريضة

ناصحا إياها بأن عليها أن تفعل ذلك فى الوقت نفسه، واضعًا فى اعتباره أن ذلك لا يقطع خط سير الجلسة.

المعالج: يا ترى كان فيه مرات الأسبوع ده فكرتى تعملى واجب العلاج.
المريضة: آه مرات قليلة.

المعالج: ممكن تفكرى مرة منهم بالتحديد.

المريضة: الليلة اللي فاتت، بعد العشاء، كنت باغسل إيدى، وأدركت أن ميعادنا النهارده.

المعالج: إيه اللي كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: كنت حاسة زى ما يكون مالوش لازمة، يمكن ما يفيدش.

المعالج: دى أفكار كويسة، هنرجع نقيمها فى دقيقة، لكن الأول أنا عاوزك تفرقى بين الأفكار والمشاعر؟ ماشى؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: المشاعر هى اللي بتحسى بيها بقلبك زى الحزن، الغضب القلق وهكذا. والأفكار اللي بتفكرى فيها سواء فى كلمات، صور، خيالات. ياترى دى واضح لك؟

المريضة: أفكر كدة؟

المعالج: كويس.. خلينا نرجع ثانى لليلة إمبراح لما فكرتى فى الواجب المنزلى..
إيه المشاعر اللي كانت عندك؟

المريضة: حزينة.. أفكر.

المعالج: وإيه الأفكار اللي كانت عندك؟

المريضة: ده ما لوش لازمة، أنا عمرى ما هابقى كويسة؟

المعالج: يعنى كان عندك الأفكار (ما لوش لازمة) أنا عمرى ما هابقى كويسة
والأفكار جعلتك حزينة مش كدة؟

المريضة: أيوه.

فى هذا المثال، فى البداية وصفت المريضة الأفكار بالمشاعر، وفى
بعض الأحيان ، تفعل المريضة العكس أى أن تسمى المشاعر أفكاراً.

المعالج: لما مشيتى ناحية أوضتك الهادية، سالى إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: حزينة، وحيدة، محبطة فعلاً.

المعالج: يعنى شعرت إنك حزينة وحيدة ومحبطة، إيه الأفكار أو الخيالات اللى
خلتلك، تشعري بالشعور ده؟

أهمية التفريق بين المشاعر:

إن المعالج المعرفى دائم التصور (تكوين المفهوم) وإعادة صياغة مشاكل
مرضاه محاولاً فهم إحساس المرضى ووجهة نظرهم؛ فهو يحاول أن يحدد
المعتقدات التحتية التى تنشأ فيها أفكار معينة فى مواقف معينة، والتى تؤثر على
مشاعر مرضاه وتصرفاتهم، وأن الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك ينبغى أن
تكون مفهومة لدى المعالج، وإن عليه أن يستمر فى البحث حينما تصف المريضة
مشاعر لا تبدو أنها متطابقة مع محتوى أفكارها التلقائية كما فى المثال التالى:

المعالج: حسيت بإيه لما ماما ماتصلتش بيبك حالاً؟

المريضة: كنت حزينة.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: يا ترى لو حصلها حاجة؟ يمكن فيه حاجة غلط.

المعالج: وحسيتى بالحزن؟

المريضة: نعم.

المعالج: أنا شوية متلخبط لأن ده زى ما تكون أفكار مقلقة، كان فيه حاجة ثانية بتدور فى مخك؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه رأيك لو تتخلى الموقف؟ أنت قلتى إنك كنت قاعدة جنب التليفون، منتظرة (يحاول المعالج مساعدة المريضة تخيل المنظر كصورة).

المريضة: وبعدين فكرت (باترى لو حصل لها حاجة، يمكن فيه حاجة غلط).

المعالج: إيه اللى بيحصل ببعدين؟

المريضة: أنا با أبص على التليفون، منفعة دلوقت.

المعالج: إيه اللى فى دماغك دلوقت؟

المريضة: لو حاجة حصلت لماما؟ مش هايبقى فيه حد فاضل يهتم بى.

المعالج: مش هايبقى فيه حد فاضل يهتم. الفكرة دى خلتنك تشعري بايه؟

المريضة: حزينة فعلاً.

إن هذا الحوار بدا متناقضاً فى البداية. وكان المعالج منتبهاً، وفكر فى تناقض محتمل بين محتوى الفكرة والمشاعر المرتبطة بها. وكان قادراً على أن يساعد المريضة على أن تسترجع فكرة تلقائية عن طريق التخيل الاسترجاعى. و لو كان قد اختار التركيز على الأفكار المقلقة فقط، لكان قد فاتته اهتمام من اهتمامات المريضة المركزية. على الرغم من أنه قد يكون من المفيد التركيز على فكرة أقل مركزية، فإن إيجاد الفكرة التلقائية الرئيسية غالباً ما يسرع من عملية العلاج.

صعوبة تسمية المشاعر:

معظم المرضى يستطيعون تسمية مشاعرهم بطريقة صحيحة، ولكن البعض يعانون من ضعف فى تسمية المشاعر بالألفاظ، والبعض الآخر يعرف تمامًا بطريقة عقلية كيف يسمون المشاعر، ولكنهم يعجزون عن تسمية مشاعرهم. وفى كلتا هاتين الحالتين من المفيد أن تجعل المريضة تربط بين تفاعلها العاطفى فى مواقف معينة مع مسمياتها. وتصميم خريطة للمشاعر كما هو مبين فى شكل (٧ - ١) يساعد المريضة على تسمية مشاعرها بشكل فعال.

غاضب	حزين	قلق
١- أختى قال إنه ذاهب لرؤية أصدقائه	١- أمى لم ترد على مكالمتى.	١- رفع إصبعى فى الصف.
٢- زميلتى فى الغرفة لم تُعد الكتاب	٢- فى الاجتماع لم يعرنى أحد اهتمامًا.	٢- كتابة ورقة الاقتصاد.
٣- زميلتى فى الغرفة تعزف الموسيقى بصوت عال.	٣- © فى منتصف الكورس.	٣- لطلب من صديق الذهاب للعشاء.

شكل ٧-١ خريطة مشاعر سالى

المعالج: عاوز أخذ دقائق نتكلم عن المشاعر المختلفة، علشان إحنا الاتنين نفهم أنت بتشعري بإيه فى المواقف المختلفة.

المريضة: بالتأكد.

المعالج: ممكن تفكرى وقت كنت فيه غضبانه؟

المريضة: آه.. أيوه لما جه أخويا من الكلية، وكان يتصرف بتكبر وعظمة ما كانش عايز يقضى أى وقت معايا.

المعالج: تقدرى تفكرى منظر معين.

المريضة: أيوه.. كانت إجازة الكريسماس، ما كنتش شفته من يوم عيد الشكر. أنا افتكرت إن إحنا هنقعد مع بعض فى الأول اللي جه فيه البيت، لكنه قال إنه ماشى حالاً علشان يقابل أصحابه.

المعالج: وإيه اللي كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: هو فاكر نفسه مين؟ هو فاكر إنه عظيم علشان هو فى الجامعة دلوقت.

المعالج: وأنت حسيتى بيايه.....

المريضة: هاتجنن.

حاول المعالج أن يجعل المريضة تتذكر حدثاً معيناً شعرت فيه بمشاعر معينة، ومن وصفها ظهر أن المريضة كما لو كانت قد تعرفت بطريقة صحيحة على مشاعرها، وحاول المعالج أن يتأكد من ذلك فسألها عن أفكارها التلقائية. ولقد تطابق محتوى هذه الأفكار مع مشاعرها التي ذكرتها.

وبعد ذلك سألها المعالج أن تتذكر حدثين آخرين شعرت فيهما بالغضب، وهذا التبادل يحدث بسرعة، ولا يسأل المعالج عن الأفكار؛ لأنه تأكد من كلامها أنها تصف مشاعرها بدقة ثم يتبع ذلك بإعطاء واجب.

المعالج: خيلنا نكتب الثلاث مواقف دول اللي شعرتى فيهم بالغضب. هنا خيلنا نعمل خانات، ونسمى الأول (غاضب) ممكن تسجلي كلمتين يوصفوا المواقف الثلاثة (انظر شكل ٧-١).

المريضة: تكتب؟

المعالج: إحنا مزنوقين فى الوقت شوية؟ افترضى إن هانسمى الخاننتين التانين حزين وقلق ممكن تفكرى فى أى مواقف تتناسب مع المشاعر دى وتكتبها فى البيت. ممكن تعملى الكلام ده بدون إزعاج لكى؟

المريضة: أيوة.. ممكن.

المعالج: (متأكدًا إن كانت المريضة قد فهمت الهدف من الواجب) يا ترى أنت فاكرة ليه الموضوع يستاهل نضيع فيه وقت، تعرفى تفرقى بين المشاعر؟

المريضة: آه.. ساعات ما بقاش عارفة أنا بأحس بإيه أو إيه الللى مضايقتنى علشان كدة ده ممكن يساعدى.

المعالج: طبعًا، وممكن ترجعى للرسم ده لما تكونى مضايقة ومش عارفة تحددى طبيعة مشاعرك؟ كويس؟

المريضة: كويس.

المعالج: ممكن تكتنى بقى الكلام ده فى كراس الواجب بتاعك، علشان نخلص (خريطة المشاعر) ونرجع لها لما تكونى متضايقة.

ومرة أخرى نود التنبيه أنه ليس من الضرورى استخدام هذه الطريقة للتفريق بين المشاعر. فآخرون يمكنهم الاستفادة من مناقشة سريعة عبر الخطوط السابقة. والقليلون يمكنهم الاستفادة من قائمة من المشاعر السلبية (انظر شكل ٧-٢) ومناقشة سريعة.

حزين، محبط، وحيد، غير سعيد
قلق، مشغول، خائف، مرعوب، متوتر
غضبان، منفعل، متهيج، منزعج
خجلان، محرج، مكسوف
محبط، (خائب الأمل)
غيور، حسود
متريث
مجروح
متشكك

الشكل ٧-٢ قائمة المشاعر السلبية

صعوبة تقدير درجة المشاعر:

إنه لمن المهم للمرضى أن لا يتعرفوا فقط على مشاعرهم، بل يستطيعوا تقدير درجة هذه المشاعر والخبرات؛ فالبعض قد يكون لديه اعتقادات خاطئة عن المشاعر نفسها؛ فمثلاً إذا شعروا ببعض الضغوط يعتقدون أنها سوف تتزايد وتصبح غير محتملة ويتعلم كيفية تقدير درجة المشاعر سوف يساعد المريض على مراجعة معتقداته.

وبالإضافة إلى ذلك، فإنه من المهم تقدير ما إذا كان الاستفسار عن الأفكار والمعتقدات والاستجابة لها بطريقة تكيفية كان فعالاً. ويحكم كلا من المريضة والمعالج إذا كان الإدراك يتطلب مزيداً من التدخل لقياس درجة الهبوط في شدة المشاعر. والمعالج الذي يهمل تقييم درجة المشاعر يمكنه أن يفترض خطأ أن

تدخله العلاجي كان ناجحًا، وينتقل إلى الفكرة أو المشكلة التالية قبل الأوان أو على العكس من ذلك يستمر في مناقشة فكرة ما أو اعتقاد غير مدرك أن المريضة لم تعد تنزعج بهذه الفكرة.

وأخيرًا فإن قياس شدة مشاعر معينة في مواقف معينة قد يساعد المريضة والمعالج لكي يقررا ماذا كان هذا الموقف يتطلب إمعانًا وتدقيقًا أكثر؛ فالموقف الأقل شحناً بالمشاعر نسبيًا قد يكون أقل قيمة في المناقشة من موقف أكثر إزعاجًا للمريضة حيث تنشط الاعتقادات المهمة.

ومعظم المرضى يتعلمون كيف يحكمون على درجة مشاعرهم بسهولة ويسر دون مساعدة مرئية.

المعالج: حسيتي بايه لما صاحبك قالت لك، أسفة. أنا ما عنديش وقت أساعدك حاليًا؟

المريضة: بيتيألى حزينة شوية؟

المعالج: إذا كان أشد الحزن اللي حسيته في حياتك أو تخيلتيه هو ١٠٠ وصفر هو مفيش حزن خالص. يا ترى حسيت قد إيه درجة الحزن لما قالت لك (أنا ما عنديش وقت حاليًا).

المريضة: حوالي ٧٥%.

وبعض المرضى يجدون صعوبة لوضع رقم معين لشدة المشاعر، وهنا يمكن للمعالج أن يضع مقياسًا.

صفر	٢٥%	٥٠%	٧٥%	١٠٠%
لا حزن	بعض الحزن	حزن متوسط	حزن شديد	أقصى ما يكون الحزن

الشكل (٧ - ٣)

المعالج: ساعات يكون أسهل إنك تفتكرى لما تتخيلى نفسك ثانى فى نفس الموقف
(تسأل المريضة لتخيل الموقف كما لو كان حدث الآن).

ودلوقت ألقى نظرة على المقياس ده. قد إيه كنت حزينة وقتها؟ شوية؟
متوسطة؟ ولا كثير حزينة؟

المريضة: يعنى بين حزن شديد وأقصى حزن يمكن تخيله.

المعالج: يعنى بين ٧٥% و ١٠٠%؟ يعنى كنت أقرب لأى رقم؟
المريضة: آه بيتهيالى ٨٠%.

وإذا كانت المريضة ما زالت تعاني من صعوبة فى تقدير شدة مشاعرها
يمكن للمعالج مساعدتها على بناء مقياس أكثر حساسية لقياس شدة المشاعر كما هو
مبين فى الشكل (٧-٣).

ويختار المعالج أكثر المشاعر غلبة ثم يقدم أو يظهر عرضاً للأسباب.

المعالج: أحياناً يكون عمل لسته بمواقف معينة تكون مرتبطة بمشاعر بيساعد كثير.
بس أنت عارفة ليه أنا بركز على النقطة دي؟ ليه ممكن يكون مهم معرفة
قد إيه كانت شدة مشاعرك؟

المريضة: أنت قلت الأسبوع اللي فات، أنها طريقة علشان نعرف أن كان
الموضوع يستاهل المناقشة ولا لأ، وكمان لو رجعنا ثانى لأى فكرة ممكن
يساعدنا على معرفة حجم التحسن.

المعالج: كويس.. خيلنا نعمل لسته بالمواقف اللي أنت حسيتى فيها بالقلق، إيه أكثر
درجة من القلق ممكن تتخيلها أو مريتى بيها؟

المريضة: آه.. يمكن لما بابا عمل حادثة سيارة واعتقدت أنه هيموت.

المعالج: يكتب أو يجعل المريضة تكتب (حادثة الأب) فى أسفل الورقة دلوقت
قولى لى وقت حسيتى فيها بأقل قدر من القلق؟

المريضة: يمكن يوم السبت لما كنت باتفرج على فيلم فى التلفزيون.
المعالج: كويس. هاحط ده فى أعلى الصفحة (يفعل ذلك) إيه رأيك فى موقف متوسط؟

المريضة: إمبراح لما فكرت قد إيه الشغل اللي لازم أعمله.
المعالج: (يكتب هذا البند فى وسط الصفحة) كويس. وقت ثانى كنت فيه قلقانة؟
المريضة: لما كان عندى ألم حاد فى جنبي، وكنت خايفة لتكون زائدة دودية؟
المعالج: كويس.. كنت قلقانة أكثر لما كان الألم و إلا لما فكرت قد إيه الشغل اللي لازم تعمليه؟

المريضة: التفكير فى شغلى، أنا كنت قلقانة شوية بس على موضوع الزائدة الدودية، لقيتها ما تجيش حاجة بالنسبة لقلقى على الشغل.
المعالج: يكتب (ألم فى مكان الزائدة الدودية قرب أعلى الصفحة) كويس.. موقف ثانى؟

المريضة: ليلة امتحان الاقتصاد.

المعالج: وده نحطه فىين؟

المريضة: تحت حادثة بابا.

المواقف	درجة المشاعر/القلق
مشاهدة التلفزيون السبت الماضي	٠ %
خايفة آجى للعلاج متأخرة النهارده	١٠ %
ألم فى جنبى اللي ناحية الزايدة	٢٠ %
مستغربة ليه ماما اتصلت بدون توقع	٣٠ %
با أفكر قد إيه عندى شغل لازم أعمله	٤٠ %
أرفع إيدى فى الفصل لما أكون عارفة الإجابة	٥٠ %
أفكر أروح لمساعد الأستاذ	٦٠ %
الكلام مع أصدقائى على الحياة بعد التخرج	٧٠ %
أرفع إيدى فى الفصل وأنا مش متأكدة من الإجابة	٨٠ %
ليلة امتحان الاقتصاد	٩٠ %
يوم حادثة بابا	١٠٠ %

الشكل (٧-٣) مقياس سالى لشدة المشاعر

ويستمر المعالج والمريضة فى هذا الاتجاه حتى يجمعاً عشرة مواقف مختلفة الشدة. وقد يحتاجان فى بعض الأحيان لإعادة تقييم بعض المواقف وشدها النسبية. وقد يحذف أحد المواقف من القائمة إذا شعرت المريضة بأنه يتساوى فى شدة المشاعر المرتبطة به بأحد المواقف الأخرى، وإذا لم يتسع الوقت لتسجيل عشرة مواقف فى أثناء الجلسة، فيمكن للمعالج أن يطلب من المريضة متابعة ذلك كواجب منزلى. وحينما ترتب المواقع من درجة (لا قلق على الإطلاق) لأقصى شدة القلق يحدد المعالج رقم يطابق تقريباً الموقف المناسب.

وإذا لم تراجع الأرقام والمواقف فعلى المعالج أن يعلم المريضة كيف تستخدم المقياس.

المعالج: كويس.. دلوقتي بقى عندنا مقياس، تعالى نشوف قد إيه هو مفيد. هل فيه أى موقف ثانى حصل الأسبوع ده لقيت نفسك فيه قلقانة؟

المريضة: أيوة إمبراح لما افكرت أنى لسة ماخلصتش واجب العلاج.

المعالج: استعملى مقياسك كمرشد قد إيه كنت قلقانة؟

المريضة: أيوة أكثر شوية من الشعور أنى حاجى متأخرة للجلسة.

المعالج: قد إيه الرقم اللي ممكن تحطيه؟

المريضة: حوالي ١٥% يمكن.

المعالج: جميل، أنا عاوزك تستعملى المقياس ده كمرشد لما تعوزى تقدرى قد إيه كانت درجة القلق اللي عندك؟ عندك مشكلة فى الحكاية دي؟

المريضة: لا.. أنا أعتقد أن ده أسهل.

استعمال شدة المشاعر كمرشد فى العلاج:

قد لا تدرك المريضة أى المواقف التى ينبغى طرحها للمناقشة فى العلاج، ويمكن للمعالج أن يسألها أن تقدر درجة الانزعاج أو التألم الذى تشعر به حتى تستطيع أن تقرر مناقشة أى المواضيع، وسوف يكون أكثر فائدة لها. وفى الحوار التالى يدرك المعالج سريعاً أنهما من المحتمل ألا ينجزا الكثير بالتركيز على موقف معين من المواقف التى طرحتها سالى.

المعالج: شعرتى بإيه لما زميلتك فى الغرفة خرجت مع صديقها بدل ما تخرج معاكي؟

المريضة: حزينة.

المعالج: تقريبًا كام في المية حزن صفر ١٠٠%.

المريضة: مش كثير يمكن ٢٥، ٢٠%.

المعالج: يعنى ما كنتيش متضايقه كثير، طيب كان فيه مواقف ثانيه كنت فيها متضايقه شويه منها؟

والخلاصة أن يهدف إلى الحصول على صورة واضحة لموقف يكون مزعجًا للمريضة، ويساعدها على التمييز بوضوح بين أفكارها ومشاعرها. إنه يتقمص مشاعرها من خلال هذه العملية، ويساعدها على تقييم تفكيرها السلبي، والذي أثر على مشاعرها.

الفصل الثامن

تقييم الأفكار التلقائية

إن لدى المرضى آلاف الأفكار اليومية، بعضها معطل وبعضها غير معطل. ولتحقيق الغاية المنشودة يختار المعالج فكرة أو بعض الأفكار المهمة القليلة فى جلسة ما. وهذا الفصل سوف يتناول بالوصف كيفية اختيار أهم الأفكار التلقائية نفعًا للتقييم، وكيفية تقييم هذه الأفكار وكيفية تعليم المرضى نظامًا لتقييم أفكارهم بأنفسهم.

قرار التركيز على فكرة تلقائية:

يمكن للمعالج أن يكشف الغطاء عن أفكار تلقائية كثيرة فى جلسة ما. وحينما يكشف إحداها فإنه يقرر ماذا عليه أن يفعل بعد ذلك؟ فإن لديه اختيارات عديدة؛ حيث يمكنه:

١. أن يركز على الفكرة التلقائية. (قد إيه أنت دلوقت أو كنت بتؤمنى بالفكرة دي؟ وقد إيه كانت الفكرة دي بتأثر على مشاعرك؟ وعملتى إيه بعد ما راودتك الفكرة دي؟)

٢. أن يحاول معرفة المزيد عن الموقف المصاحب للفكرة التلقائية (يا ترى كارين قالت لك إيه قبل ما تجيلك الفكرة دي؟ وده حصل إمتى؟ وأنت كنت فىن؟ احكى أكثر عن الموقف ده من فضلك)

٣. أن يكتشف مدى نموذجية الفكرة التلقائية (يا ترى قد إيه بيراودك النوع ده من الأفكار؟ فى أى المواقف؟ وقد إيه النوع ده من الأفكار بيضايقك؟)

٤. التعرف على أفكار تلقائية أخرى وأخيلة مرتبطة بنفس الموقف (فيه حاجة ثانية دارت فى دماغك؟ أى صور أو خيالات؟)

٥. أن يحاول حل المشكلة المرتبطة بالفكرة التلقائية. (إيه الحاجات اللي ممكن عملها في الموقف ده؟ يا ترى كنت بتعلمي إيه في المواقف دي قبل كده؟ وإيه اللي بتتمنى أنك تقدرى تعمله؟)

٦. أن يكتشف المعتقدات التي انبثقت منها الفكرة التلقائية (إذا كانت الفكرة دي صحيحة، معناها إيه بالنسبة لك؟)

٧. الانتقال إلى موضوع آخر (كوبس، أعتقد أني فهمتك أنت عاوزة تقولى إيه، ممكن تقولى حصل إيه ثاني الأسبوع ده؟)

٨. ولكن كيف يختار المعالج من بين هذه الاختيارات؟ إنه يسأل نفسه:

- ما الذي أريد أن أحققه في هذه الجلسة؟ هل العمل على هذه الفكرة سوف يساعدنا في الوصول إلى الهدف العلاجي الذي وضعته لهذه الجلسة؟

- ما الذي وضعته المريضة على جدول الأعمال (الأجندة)؟ وهل التركيز على هذه الفكرة سوف يعالج المشكلة التي تريد معالجتها؟ وإن لم يكن، فهل لدينا الوقت الكافي لنناقش ما يهمها؟ وهل سوف تتعاون معي في تقييم هذه الفكرة؟

- هل هذه فكرة مهمة تستحق التركيز؟ هل تبدو حقًا فكرة عاطلة ومشوهة؟ وما مدى نموذجيتها للمناقشة؟ وهل مناقشتها سوف تساعد المريضة في مواقف أخرى غير هذا الموقف؟ وهل فحص هذه الفكرة سوف يساعدني على تكوين مفهوم أفضل عن المريضة؟
ولقد كانت سالي على سبيل المثال تصف مشكلة صادفتها، بينما كانت في

المكتبة:

المعالج: إيه اللي دار في مخك لما معرفتيش تلاقى الكتاب اللي عاوزه؟

المريضة: إنهم هنا مش كفاء والنظام ضعيف جداً.

المعالج: وإيه المشاعر اللي جابتها الفكرة دي؟

المريضة: إحباط.

المعالج: قد إيه إحباط؟

المريضة: ٩٠%.

المعالج: وبعدين حصل إيه؟

المريضة: أنا قلت "مش مهم الكتاب"، ورجعت غرفتي، واشتغلت فى مسائل الكيمياء.

المعالج: وحصل إيه لمزاجك ساعتها؟

المريضة: حسيت أنى أحسن وانتهيت بأنى استعرت الكتاب من ليزا ولازم أرجعه لها على يوم الاثنين.

المعالج: يعنى حليتى المشكلة، فيه حاجة ثانية مهمة بالنسبة للموضوع قبل ما ننقل لموضوع ثانى؟

هنا يرى المعالج أن الفكرة التلقائية، بينما تكون مزعجة فى وقت ما لا يتطلب مزيداً من النقاش؛ لأنه:

١. لم تعد سالى تنزعج بها.

٢. سالى قد تفاعلت معها بطريقة إيجابية.

٣. الموقف قد حل.

٤. توجد مشاكل أكثر إزعاجاً فى الأجنده.

٥. لم تظهر سالى قبل ذلك نمطاً معطلاً فى مثل هذا النوع من المواقف.

التركيز على فكرة تلقائية:

وحيثما يقرر المعالج معالجة فكرة تلقائية ما، فإنه يحاول أن يؤكد أن هذه الفكرة تستحق التركيز بتوجيه الأسئلة التالية:

- قد يبه تفكرى أنك بتعتقدى فى الفكرة دى دلوقت (صفر - ١٠٠%)
- الفكرة دى بتخليكى تشعري بابه؟
- قد يبه قوتها (٠ - ١٠٠%) المشاعر دى؟

فإذا كانت درجة الإزعاج قليلة، يستطيع المعالج اقتراح الانتقال إلى موضوع آخر. وأما إذا كانت المريضة تعتقد أن الفكرة التلقائية تؤثر بقوة ودلالة يظهر المعالج الصورة بطريقة أكثر وضوحاً طبقاً للنموذج المعرفي؟

١. إمتى جات لك الفكرة دي؟ فى أى المواقف خصوصاً؟
٢. يبه الأفكار المزعجة الثانية اللي فى مخك فى الموقف ده؟
٣. (خصوصاً لمرضى القلق) يبه اللي لاحظتته لو أى حاجة حصلت فى جسمك؟
٤. وبعدين عملت يبه بعد كدة.

وبعد الحصول على صورة أكمل، يمكن للمعالج أن يلجأ لاي من الأمور

التالية

- أن يكون مفهوماً - بصوت عالٍ أو بينه وبين نفسه - كيف تتطابق هذه الفكرة أو الأفكار مع تصوره الأشمل عن المريضة (سالى. مش ده يعتبر مثال ثانى على طريقة فهمك للأمور وتوقعك لفسلك؟)
- أن يستعمل هذه الفكرة التلقائية لتدعيم النموذج المعرفي (عادة فى

أول مراحل العلاج) إما ظاهراً أو باطناً فعلى سبيل المثال. (يعنى لما كنت فى المكتبة بتحاولى تذاكرى كان عندك الفكرة (أنا عمري ما هاقدر أعرف كل ده) الفكرة دى خلتك حزينه وده خلاكى تقفلى الكتاب وتستسلمى؟ مضبوط؟

- أن يساعد المريضة على التقييم والاستجابة للأفكار التلقائية بطرح بعض الأسئلة السقراطية كما فى المثال التالى (سالي.. إيه الدليل أنك مش حاتقدرى تذاكرى كل الكيمياء؟)

- أن يحاول حل المشكلة مع المريضة.

(سالي: إيه اللى تقدرى تعمله علشان تدرسى المادة دى أفضل؟)

- أن يستخدم تكنيك السهم الهابط (انظر الفصل العاشر صفحة....)

لكى يكشف المعتقد التحتى.

(سالي، إن كان فعلاً أنك مش حاتقدرى تدرسى الكيمياء، ده معناه إيه بالنسبة لك؟)

أسئلة لتقييم فكرة تلقائية:

وبإظهار فكرة تلقائية ما، وإقرار أهميتها وكونها مزعجة، وبالتعرف على المشاعر المصاحبة لها (عاطفياً، وفسولوجياً، وسلوكياً) يمكن للمعالج أن يقرر مساعدة المريضة على تقييمها أنه لا يعترض مباشرة على الفكرة التلقائية، وذلك لسببين:

أولاً: أنه لا يعرف مقدماً أن أية فكرة تلقائية هى بالضرورة معطلة أو مشوهة.

ثانياً: إن الاعتراض المباشر يخرق مبدأ أساسياً من مبادئ العلاج المعرفى وهو التجريب التعاونى، فالمعالج والمريضة كلاهما يختبران الفكرة التلقائية ويقيسان فعاليتها أو نفعها ويكونان استجابة أكثر إيجابية. وعلى المعالج أن

يضع في اعتباره دائماً أن الأفكار التلقائية نادراً ما تكون خاطئة بصورة مطلقة، أنها تحمل بعض بذور الحقيقة، وأنه من الواجب أن نعترف ببذور الحقيقة تلك إن وجدت.

ويمكن للمعالج أن يستخدم أسئلة من الجلسة الأولى لكي يقيم فكرة تلقائية معينة، وفي الجلسة الثانية أو الثالثة يبدأ بشرح العملية بوضوح أكثر.

المعالج: (ملخصاً الجزء الأخير من الجلسة: يكتب الأفكار التلقائية على ورقة لكي يروها معاً) يعني لما قابلتي صاحبك كارين وأنت رايحة المكتبة كان عندك الفكرة (هي فعلاً مش مهتمة باللى بيحصل لى) والفكرة دى جعلتك حزينة؟

المریضة: أبوة؟

المعالج: وقد إيه كنت بتفكرى فى الفكرة دى وقتها؟

المریضة: أوة كثير، حوالى ٩٠%.

المعالج: وقد إيه كنت حزينة؟

المریضة: يمكن ٨٠%.

المعالج: يا ترى فاكرة إحنا قلنا إيه الأسبوع اللي فات؟ ساعات الأفكار التلقائية تكون حقيقية، وساعات يتضح إنها مش حقيقية وساعات يكون فيها بذره حقيقية. ممكن نشوف الفكرة دى دلوقت ونشوف قد إيه هي دقيقة؟

المریضة: ماشى.

المعالج: عندنا هنا لسة أسئلة عاوزين نبص عليها (انظر شكل ٨-١) تقدرى تحتفظى بالنسخة دي؟ هنشوف الأسئلة الخمسة الأولين، خلىنى أسألك، إيه الدليل أن الفكرة كانت حقيقية، إنها فعلاً مش مهتمة باللى بيحصل لك؟

المريضة: هاقولك، لما مرينا بطريق مشجر، كان واضح أنها مندفعة، وقالت لى بسرعة (مع السلامة يا سالى، أشوف بعدين) وفضلت ماشية بسرعة، ويمكن حتى ما بصتتش على)

المعالج: فى حاجة ثانية؟

المريضة: لا. اتهاى لى لا.

المعالج: كويس.. دلوقت فيه أى دليل. من الناحية الثانية. إنها ممكن تكون مهمة باللى بيحصل لك؟

المريضة: (تجيب بصورة عامة) هى لطيفة جدًا، إحنا أصدقاء من أول السنة الدراسية.

المعالج: إيه الحاجات اللى بتعملها اللى ممكن نقول إنها بتحبك؟ (مساعدًا المريضة على التفكير بطريق محددة).

المريضة: آ. آ. آ.. دايمًا تسألنى إن كنت أحب أروح معاها نجيب حاجة ناكلها مع بعض، وساعات نفضل مع بعض كثير لوقت متأخر نتكلم فى حاجات كثيرة.

المعالج: يعنى من ناحية فى المناسبة دى إمبراح كانت مستعجلة وما تكلمتش معاكى كثير، ومن ناحية ثانية فى أوقات ثانية كانت يتكون مشغولة جدًا، ورغم كدة كانت بتطلب منك تأكلى معاها وتذاكروا لوقت متأخر.

المريضة: نعم.

هنا يحاول المعالج أن يحس بصورة عامة إمكانية وجود دليل بغض النظر عن صحة أفكار سالى. وحينما يظهر أدلة من الجانبين يلخص لسالى ما قالته، ويساعد سالى على إيجاد تفسير بديل لما فعلته كارين ويسألها عن النتائج المحتملة.

اختبار الأفكار التلقائية

ما الدليل؟

ما الدليل الذى يدعم هذه الفكرة؟

ما الدليل ضد هذه الفكرة؟

١. هل هناك تفسير بديل؟

٢. ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أن أتعايش معه؟ ما أحسن

الاحتمالات؟ ما أكثر الاحتمالات واقعية؟

٣. ما تأثير معتقداتى على الأفكار التلقائية؟

ماذا يكون التأثير لو غيرت تفكيرى؟

٤. ما الذى ينبغى على أن أعمله حيال ذلك؟

شكل ٨-١ اختبار الأفكار التلقائية

المعالج: كويس.. خيلنا نبص على الموقف ثاني. ممكن يكون فيه تفسير ثاني لللى

حصل، غير إنها ما بتهتمش باللى بيحصل معاكى؟

المریضة: مش عارفة.

المعالج: إيه اللى ممكن خلاها تجرى بسرعة؟

المریضة: مش متأكدة يمكن كان عندها حصة، ممكن كانت متأخرة لأى سبب.

المعالج: دلوقت، إيه أسوأ حاجة ممكن تحصل فى الموقف ده؟

المریضة: يعنى ممكن فعلاً تكون ما بتحبنيش، يعنى ما اعتمدش عليها بعد كدة.

المعالج: وتقدرى تعيشى بالرغم من كده؟

المریضة: أيوة.. بس مش هاكون مرتاحة من ناحيتها.

المعالج: وإيه أحسن الاحتمالات؟

المریضة: يعنى ممكن تكون بتحبني، وكانت مستعجلة علشان أى سبب.

المعالج: وإيه أكثر الاحتمالات واقعية؟

المريضة: أعتقد إنها لسة بتحبني.

فى الجزء السابق ساعد المعالج سالى أن ترى حتى إنه فى أسوأ الاحتمالات يمكنها أن تعيش، ولقد أيقنت سالى أن مخاوفها المحتملة لم تكن حقيقية. وفى الجزء التالى يساعد المعالج سالى أن تقيم نفسها عواقب الاستجابة أو عدم الاستجابة لأفكارها المشوهة، ويساعدها أن يكون اتجاهها هو العمل على حل المشاكل، وأن تصمم خطة للتخفيف من الموقف.

المعالج: وإيه تأثير الفكرة إنها مش بتحبك؟

المريضة: خلتنى حزينة، ممكن أفكر أبعد عنها.

المعالج: وإيه ممكن يكون أثر تغيير أفكارك؟

المريضة: أشعر إنى أحسن.

المعالج: وتفتكرى هتعملى إيه فى الموقف ده؟

المريضة: أوه.. أنا مش عارفة تقصد إيه؟

المعالج: هل حاولت تتجنبها.. من ساعة ده ما حصل ؟

المريضة: يعنى، أنا مكلمتهاش كثير ساعة ما شفتها النهاردة الصبح.

المعالج: يعنى النهاردة كنتى بتصرفى على أساس الفكرة الأصلية. كان ممكن تتصرفى إزاي بطريقة مختلفة؟

المريضة: كان ممكن أتكلم معاها أكثر من كدة، أكون أكثر ألفة.

وإذا كان معالج سالى غير متأكدًا من مهاراتها الاجتماعية ودافعها لتكون أكثر حميمية مع كارين، كان يمكنه أن يقضى مزيدًا من الوقت يسألها بعض الأسئلة مثل: متى يمكن أن ترينها ثانية؟ وهل تستحق أن تبجئ عنها بنفسك؟ ما

الذى يمكن أن تقولينه لها حينما ترينها؟ وما الطريقة التى سوف تقولين بها؟ (وإذا كان ضروريًا فإنه يمكن إعطاؤها بعض الأمثلة لعبارات أو جمل يمكن أن تقولها لسالى أو يدخل معها فى لعب أدوار)، وفى الجزء الأخير من هذا النقاش، يقيم المعالج مدى اعتقاد سالى بفكرتها الأصلية الآن، وما الذى تشعره عندما تقدر ما الذى سوف تفعله بعد ذلك فى الجلسة.

المعالج: كويس.. عاوز أعرف قد إيه أنت لسة بتعتدى فى الفكرة دى (سالى مش بتهتم باللى بيحصل معايا)؟

المريضة: مش كثير قوى، ممكن ٢٠%.

المعالج: وقد إيه درجة حزنك؟

المريضة: مش كثير.. برضه ٢٠%.

المعالج: كويس.. واضح أن التدريب ده جاب نتيجة، تعالى نرجع ونشوف إحنا عملنا إيه.

ومن الملاحظ أن المعالج والمريضة لم يطبقا كل الأسئلة فى الشكل (٨-١) لكل الأفكار التلقائية التى يقيمانها. وفى بعض الأحيان قد لا يكون أى من الأسئلة ملائمًا، وهنا يلجأ المعالج إلى مسار آخر (انظر ص ص: ١٩٩ - ٢٠٢). ويختار المعالج الأسئلة الخمسة الأولى فى هذه الحالة لأنه يريد أن يعطى مثالاً للمريضة حتى تستجيب لأفكارها بطريقة منظمة. وهو يختار فكرة تلقائية ذات أهمية للمريضة (أى تسبب لها إزعاجًا). إنها ليست فكرة منفصلة (ولكنها مشهد متكرر من المتوقع أن يظهر على السطح مرة أخرى)، وتبدو معطلة، وتصلح لأن تكون نموذجًا نافعًا لتعليم المريضة كيف تقيم وتستجيب لأفكار أخرى فى المستقبل. وهو يلاحظ أيضًا مدى قوة اعتقاد المريضة فى الفكرة التلقائية ومدى كثافة مشاعره قبل وبعد الأسئلة السقراطية، وهكذا يستطيع تقييم نتيجة التدخل العلاجي. ويمكن للمعالج أن يقرر مراجعة عملية استخدام (الشكل ٨-١) لكى

يتأكد من أن المريضة تفهم كيفية استخدامه وتتفهم فائدته؛ فيمكنه أن يستخدم نفس المثال (كالتالي) أو يشرح بمثال آخر فى الجلسة القادمة.

المعالج: عاوزين نراجع اللي عملناه حالياً. إحنا بدأنا بالفكرة التلقائية (سالى ما يهماش اللي بيحصل لى).

المريضة: صح.

المعالج: وإحنا قيمنا الفكرة دى باستخدام الأسئلة دى (الشكل ٨ - ١) وإيه اللي حصل لمشاعرك؟

المريضة: حسيت إن حزنى أقل بكثير.

المعالج: تفكرى أنت لو قيمتى كل أفكارك التلقائية بالأسئلة دى إذا حصل أى موقف مزعج الأسبوع الجاى ممكن يفيدك؟

المريضة: ممكن، بس افرض إن فيه فكرة طلعت حقيقية؟

المعالج: فى الحالة دى ممكن نفكر فى طريقة لحل المشكلة. ممكن نناقش مثلاً إزاي أنت هتتعاملى مع كارين الأسبوع ده مع كل حال ما حدث منا عارف مقدماً إن تقييم الفكرة التلقائية هيكون مفيد ولا لا. إيه رأيك تستخدمى الأسئلة دى الأسبوع ده لما تلاقى فكرة مضاباكي؟

المريضة: طبعاً، هاحاول.

المعالج: لو أنت زى بقية الناس، أنا لازم أحذرك، ساعات استخدام الأسئلة يكون أصعب ما أنت متخيلة. فى الحقيقة فى أوقات كثيرة لازم إحنا الاتنين نكون مع بعض علشان نقيم فكرة معينة، لكن حاولى، ولو عندك مشكلة ممكن نناقشها الجلسة الجاية.

المريضة: ماشى.

إن تقييم الأفكار التلقائية هو مهارة يتعلمها بعض الناس بسرعة فائقة، بينما يحتاج البعض الآخر تمارين متكررة، وفي المشهد السابق يتوقع المعالج أن سالى سوف تجد بعض الصعوبات، ولأنه يريد أن يخفف من انتقادها ولومها لنفسها فإنه يتوقع - على الرغم من تذكيرها - أن سالى سوف تلوم نفسها بقسوة إذا فشلت فى إتمام الواجب المنزلى كما ينبغى، وفى هذه الحالة فإن عليه أن يتابع الموضوع متابعة كاملة.

المعالج: سالى لو لقيتى أى مشكلة فى تقييم مشاعرك الأسبوع ده يا ترى هتشعرى بآيه؟

المريضة: محبطة، أفنكر.

المعالج: إيه اللى ممكن يدور فى مخك؟

المريضة: مش عارفة، يمكن أبطل وبس.

المعالج: ممكن تتخلى دلوقت، باصة على الورقة ومش عارفة تعملى إيه؟
المريضة: أبوة.

المعالج: إيه اللى بيدور فى دماغك وأنت بتبصى على الورقة؟

المريضة: أنا المفروض أقدر أعملها، أنا غبية جدًا.

المعالج: كويس.. وإزاي هتقدرى تجاوبى على الأفكار دى.

وينظر المعالج وسالى إلى بعض العبارات التى دونتها سالى على ورقة

(كارت).

الفكرة التلقائية: أنا المفروض أقدر أعملها.. أنا غبية جدًا.
الاستجابة الصحية: فى الحقيقة أنا مش لازم أقدر أعمل كدة؛ لأن دى مهارة جديدة، وأنا إنشاء الله حا أتعلمها لازم، بس ممكن أحتاج تمرين أكثر مع

المعالج، دى ما لهاش علاقة بكونى غبية أو لا، يا إما أن يتعامل مع فكرة صعبة أو محتاجة شوية إرشاد، وفى أى الأحوال دى حاجة مش مهمة قوى، إحنا متوقعين إن ده يحصل.

المعالج: تفتكرى الكارت ده ممكن يساعدك؟ ولا تحبى نأجل الواجب لغاية ما نتدرب مع بعض شوية أكثر؟

المريضة: لا.. أفكر أنا هأحاول.

المعالج: كويس، إذا شعرتى بإحباط وكان عندك فكرة تلقائية لازم نكتيبها.

المريضة: ماشى.

وهنا يجعل المعالج الواجب المنزلى مسألة غير خاسرة؛ فإما أن سالى سوف تنجزه بنجاح أو سوف تواجه بعض الصعوبات، وسوف يساعدها على تخطيها فى الجلسة القادمة للتدرب على كيفية الاستجابة لأفكارها.

وأخيراً، فإنه لمن المهم أن نتذكر أنه ليست كل الأسئلة مناسبة لكل فكرة تلقائية، بل على العكس فإن استخدام كل الأسئلة حتى ولو كانت تنطبق مع الفكرة قد يكون مربكاً ومعتلاً. إذا شعرت بأن العملية ثقيلة ومرهقة.

المعالج: دلوقت إحنا هانستخدم الأسئلة دى كمرشد الأسبوع ده، لكن افتكرى دائماً إن مش الأسئلة مناسبة؛ فالسؤال الثانى مثلاً ينفع لما يكون عندك مشكلة مع شخص آخر، لكن مش فى كل المواقف بعد كدة مش هتحتاجى ترجعى للسنة دى خالص. بس أنا عايزك تستعملها الأسبوع ده علشان أتأكد إنك فهمتها. وفى الأسبوعين الجايين - إنشاء الله - حنضيف اثنين ثانى؟ ماشى؟

وفى بعض الأحيان تجد المريضة صعوبة فى استخدام الأسئلة فى أعلى القائمة (فى الشكل ٨-١)؛ لأنه لا يستطيع تقييم أفكارها بموضوعية. وفى هذه

الأحيان يكون من المفيد أن تتباعد المريضة قليلاً عن أفكارها حتى تستطيع الحكم عليها بطريقة منطقية. ومن الوسائل المتبعة في هذا الأبعاد هو أن تتخيل المريضة أن الوقت نفسه قد حدث لصديقة معينة، وأن عليها أن تسدى لها النصيحة. وفي المقطع التالي سنبين كيف أن سالى تجد صعوبة في تقييم فكرة ما ثم يقوم المعالج بمساعدتها عن طرق سؤال الصديقة.

المعالج: علشان نلخص. أنت جبتى (C) فى امتحان مفاجئ، وكانت عندك الفكرة (أنا عمري ما أقدر أعمله كويس ثانى) والفكرة دى خلتك حزينة.

المريضة: صحيح.

المعالج: سالى فيه أى دليل ثانى إنك مش هاتقدرى تعمليه كويس.

المريضة: أيوة. أنا مش بأقدر أركز خالص، أنا ساعات أقرأ، وأقرأ فى كتاب الاقتصاد ومفيش أى حاجة بتدخل مخي. أنا المفروض أخلص بحث فى ظرف أسبوعين ولسة ما بدأتش.

المعالج: فيه دليل من الناحية الثانية. إنك ممكن تعملى كويس؟

المريضة: لا... ما أعتقدش.

عند هذه النقطة يستطيع المعالج أن يساعد سالى لكى تكتشف أدلة هو يعرفها أو يخمن وجودها (أنت قلتى لى إنك عملت كويس فى امتحان سابق كان معلن عنه؟ مش ده دليل على أنك ممكن تعملى كويس؟ وهل ممكن لو كان الامتحان أعلن عنه قبلها إنك كنت تعملى أحسن من كده؟ وهل تعرفى بقية الطلبة عملوا إيه فى الامتحان المفاجئ ده؟ وهو أنت بتعتبرى (c) كما لو كانت (F)؟

ويمكنه بدلا من ذلك محاولة مسار آخر:

المعالج: سالى. لو كانت زميلتك فى الغرفة جابت (C) فى الامتحان فى امتحان مفاجئ فى الاقتصاد، وكان عندها الفكرة (أنا عمري ما هاعمله كويس) إيه اللى ممكن تقوليه لها؟

المریضة: آ.. آ.. أنا مش عارفة.

المعالج: هل كنت هتوافقها؟ هل هتقولى لها أیوة یا جین أنت ممكن تكونى صح عمرک ما تعملیه کویس ثانى؟

المریضة: لا.. على الإطلاق.. أنا بینهيألى هاقولها اسمعى: دا كان امتحان مفاجئ وأنت مكنتيش مستعدة له، لو كنت تعرفى قبلها كنت هستعدى أكثر أو كنت حتروحى لمساعدة الأستاذ، وكننت حتعملى أحسن من كدة. يعنى ده مش معناه (إنك مش هاتقدریه تعملى کویس ثانى) ده كان مجرد مفاجأة.

المعالج: کویس.. إيه رأيك لو الكلام اللى قولتيه لصاحبتك بينطبق عليكى؟

المریضة: طبعًا. دا كان مفاجئ جدًا، وأنا ما كنتش مستعدة له. وأنا لو كنت عارفة أن فيه امتحان، أعتقد كنت استعديت له أكثر.

المعالج: کویس... دلوقت هستجيبى إزای للفكرة (أنا عمرى ما أعمل کویس ثانى) لو جات لك مرة ثانية؟

فى هذا المثال، استعان المعالج بصديقة لسالى لتتخيلها. وعادة ما يسأل المعالج المریضة أن تتخيل إحدى صديقاتها: (سالى. ممكن تتخيلى أى اسم ثانى فى الموقف ده؟) ممكن تكون صديقة أو قريبة، وتخيلى أن عندها الموقف نفسه وعندها الأفكار نفسها. وحينما ينجح هذا الإجراء، يحاول المعالج أن يعتم الفرصة لتعليم سالى كيف تستخدمه بنفسها فى مواقف مشابهة، ولذا فهو يشرح لها ذلك صراحة.

المعالج: يعنى كان مفيد أننا نقيم الفكرة دى (أنا مش ممكن هاعمل کویس ثانى) بأخذها بعيد عنك وإزای أنك تقدرى تساعدى زميلتك فى الغرفة بالطريقة دى وإزای إن نصحتها بينطبق عليكى؟

المریضة: أفكر إنى قدرت أشوفها (الفكرة) بوضوح أكثر.

المعالج: عندك الاستمارة بتاعة الأسبوع اللي فات؟ اللي فيها الأسئلة اللي بتساعد على تقييم الأفكار التلقائية؟ السؤال ده رقم (٦) . لو جات لك فرصة الأسبوع ده إيه رأيك تحاولي تقيمي أى فكرة تلقائية بالطريقة دي.. ولو لقيتي أى صعوبة أو مشكلة ممكن نناقشها الأسبوع الجاي.

وأخيراً، وحينما تتقدم المريضة فى العلاج، وتصيح قادرة بطريقة تلقائية على تقييم أفكارها يمكن للمعالج أن يسألها أن تصمم استجابة صحية.

المريضة: (لما أكون مستعدة إنى أسأل زميلتى فى السكن إنها ترتب المطبخ) ممكن أفكر إنى لازم أنا اللي أرتبه بنفسى.

المعالج: ممكن تفكرى فى طريقة ثانية تكون إيجابية أكثر؟

المريضة: آيوه.. من الأفضل لى أنى أفق على رجلي، وأن أعمل الحاجة المعقولة. أنا مش طماعة ومش هاطلب منها أكثر من المفروض تعمله.

المعالج: كويس.. تفنكرى إيه اللي حيحصل للقلق بتاعك لما تقولى الكلام لنفسك؟ المريضة: طبعاً حيقل.

وكذلك إذا رأى المعالج أن أفكار المريضة التلقائية يمكن أن تؤثر على خططها، يمكنه أن يسألها كيف يمكن أن تستجيب (على فرض أنها تستطيع استخدام الأسئلة السابقة بكفاءة).

المعالج: فيه حاجة ممكن تفكرى فيها لما تبدأى واجبات الإحصاء؟

المريضة: ممكن أفكر أن على حاجات كثيرة قوى لازم أعملها وأرتبك.

المعالج: كويس.. لو كان عندك الفكرة (حاجات كثيرة قوى لازم أعملها) إيه اللي تقدرى تقولى لنفسك؟

المريضة: أقول لنفسى إنى مش لازم أعمل كله فى ليلة واحدة ومش لازم أفهم كل حاجة من أول مرة

المعالج: كويس خالص.. ممكن ده يكون كافي، ممكن بقى تبدأى تشتغلى فى واجب الإحصاء؟

استعمال أسئلة بديلة:

على المعالج المعرفى المبتدئ أن يستخدم الشكل (٨-١) كمرشد حينما يقيم الأفكار التلقائية مبدئياً. غير أن الأسئلة المقننة قد تكون بحاجة إلى تحويل لتلائم أفكاراً معينة. ولقد وصفت أمثلة مختلفة من أنواع الأسئلة السقراطية بواسطة أوفرهولستر (Overholser , 1993a , 1993b)

وفى المثال التالى توضيح لكيفية استخدام المعالج لأنواع مختلفة من الأسئلة حينما يدرك أن الأسئلة المقننة غير كافية.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك (لما قلتى لماما ممكن نقلل وجودنا مع بعض شوية ولكنها حست بالإهانة وغضبت)؟

المريضة: إنى كان لازم أعرف إن ده مش الوقت المناسب علشان أتصل بيها وما كانش لازم أتصل بيها فى الوقت ده.

المعالج: إيه الدليل إن ما كانش لازم تتصلى؟

المريضة: ماما دايماً بتكون مستعجلة فى الصباح وهى رايحة الشغل، وكان مسن الأفضل أنى أنتظر لغاية ما ترجع من الشغل وتكون حالتها الذهنية أفضل.

المعالج: وده حصل معاكى؟

المريضة: أيوة كنت عاوزه زميلتى تعرف إنى كنت حأزورها فى بيتها ولا لأ فكان لازم أكلم ماما.

المعالج: يعنى كان عندك سبب لما اتصلت، صحيح كنت عارفة أن الوقت يمكن مش مناسب. بس كنت عاوزه صاحبك تعرف الرد بسرعة.

المريضة: أبوة.

المعالج: يعنى من المنطقى إنك تكونى قاسية على نفسك كده لما جازفتى واتصلتى؟

المريضة: لأ.

المعالج: واضح أنك مش مقتنعة، قد إيه شعور وحش لماما لما تشعر بالآلم أنك عاوزة تقضى وقت من أجازتك الصيفية مع صاحبك؟

ويتابع المعالج هذه الأسئلة مع أسئلة أخرى. (قد إيه شعرت ماما بالآلم؟ وقد إيه استمر شعورها بالدرجة دي؟ ويا ترى هى شعورها إيه دلوقت؟) وهل ممكن أن تحبى تؤلمى ماما طول الوقت؟ هل ممكن تعملى حاجة بتحبها ومع ذلك ما تضايقيش ماما أبداً وأنت عارفة أنها عاوزة تقضى معاك أطول فترة ممكنة؟ هل من المحبب أن يكون عندنا هدف أن إحنا ما نجرحش شعور حد أبداً؟ وكمنا ما نظلمش نفسنا؟ وهكذا...

المعالج: خلينا نرجع للفكرة الأصلية (ما كانش لازم أتصل بيها فى الوقت ده؟ شايفة الفكرة دى دلوقت إزاي؟

المريضة: مش مرعبة قوى زى ما تخيلت. يمكن هى حاسة بالآلم لما اتصلت بيها لأنها كانت عاوزة تقضى معايا أطول وقت ممكن لكن احتمال دا مش مناسب بالنسبة لى. أنا دائماً أعمل اللى هى عايزاه وأتجاهل الشىء المناسب لى. أنا أعتقد أنها حتعدى الإحساس ده.

ويوضح المشهد السابق كيف يغير المعالج من أسئلته لكى يساعد المريضة على تبنى رؤية إيجابية. وعلى الرغم من أنه بدأ باستبعاد مصداقية الفكرة، فإنه قد عرج إلى المعتقدات التحتية الخفية (والتي نوقشت سابقاً) (إنه ليس حسناً أن نوذى مشاعر الآخرين). وفى النهاية يسأل سؤالاً مفتوحاً (كيف تـرين

الموقف الآن؟) لكى يقيم تأثير الأسئلة، ولكى يرى أن كان هناك المزيد الذى يجب عمله حيال هذه الفكرة التلقائية. لاحظ أن كثيراً من الأسئلة هى تنويعات للسؤال رقم (٢) فى الشكل (٨-١) هل هناك تفسير آخر (كالسؤال: ليه اتصلت؟ وليه ماما اتضايقت؟) بدلاً من (أنت كنت غلطانة).

التعرف على التحريف المعرفى:

يميل المرضى إلى افتراض أخطاء ثابتة فى تفكيرهم. ودائماً ما يكون هناك انحياز منظم تجاه السلبية فى العملية المعرفية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية (Beck, 1976). وحينما تعبر المريضة عن فكرة تلقائية، يلاحظ المعالج (عقلياً أو لفظياً أو كتابياً) نوع الخطأ الذى يبدو أن المريضة تقع فيه دائماً. والشكل (٨-٢) يبين أهم الأخطاء الشائعة (Burns, 1980). ويحب بعض المرضى عملية تصنيف أخطائهم المعرفية بأنفسهم، ولهذا النوع من المرضى يمكن للمعالج إعطاؤهم نسخة من الشكل (٨-٢).

المعالج: كنا بنتكلم على إزاي الناس لما يكونوا مضغوطين يكون غالباً عندهم أفكار مش حقيقية أو مش كلها حقيقية. صح؟

المريضة: صح.

المعالج: أنا عندي لسته هنا بتوصف أغلب الأخطاء الشائعة اللى الناس بتعملها فى طريقة تفكيرهم. غالباً بيكون مقيد لو حاولتى تحددى إيه طبيعة الأخطاء فى تفكيرك؛ لأن ده حيساعدك إنك تتجاوبى مع الأفكار بطريقة أفضل، خلينى أوريكى اللسته علشان لو حبيبتى تستخدمها بنفسك.

المريضة: حاضر.

المعالج: يعنى هنا ١٢ خطأ شائع فى التفكير، لو نقدر نتعرف على بعض الأخطاء اللى عملتيها مؤخرًا. الخطأ الأول هو تفكير (الكل يا بلاش) لما نشوف

الأمر يا أبيض يا أسود بدلاً من الرمادى والمظلل.. إيه رأيك فى الفكرة
بتاعتك الأسبوع اللي فات (يا إما أجيب (A) أو أكون فاشلة)؟

المريضة: صح.

المعالج: ممكن تفكرى فى مثال آخر؟ (يقضى المعالج والمريضة دقيقتين إضافيتين
فى مسألة التحريف الفكرى. ويختار المعالج خطأ آخر يكون ملازمًا لهذه
المريضة، ثم يراجعانه سويًا بنفس الطريقة). وعلى العموم ممكن فى
الواجب المنزلى تسجلى أى خطأ فكرى لما تلاقى فكرة تلقائية. وممكن
تخلى الاستمارة دى قدامنا دايماً فى الجلسات. وفى بعض الأحيان
حسستين بيها علشان نحدد أخطاء التفكير لما نتكلم عن أفكار تلقائية ثانية.

وبالنسبة لمعظم المرضى تكون القائمة فى الشكل (٨-٢) محيرة ومربكة،
وفى هذه الحالة يحدد المعالج فقط ويصف التحريف المعرفى لديهم.

- على الرغم من أن بعض الأفكار التلقائية تكون حقيقية، فالكثير منها إما أنها غير حقيقية أو تحتوي فقط على بذرة من الحقيقة والأخطاء النموذجية تشمل:
١. التفكير الكل أو لا شيء: (ويسمى كذلك الأبيض والأسود- التفكير الاستقطابي أو التفكير الثنائي) فأنت ترى الموقف من ناحيتين فقط بدلا من الكمية المتصلة.
مثال: إذا لم أنجح نجاحا كاملاً فأنا فاشل.
 ٢. التفكير الكارثي (وأيضا يسمى التفكير بالحظ) أنت متوقع المستقبل بطريقة سلبية بدون اعتبار لاحتمالات أكثر إيجابية
 ٣. التقليل من شأن الإيجابيات أو عدم احتسابها: فأنت تقول لنفسك إن التجارب الإيجابية والمآثر لا تحسب.
 ٤. التفكير العاطفي: أنت تفكر بشئ لابد من أن يكون صوابا لأنك تشعر (تعتقد في الحقيقة) به بقوة متجاهلا أي دليل على العكس
مثال: أنا عارف أنني أعمل كثيرا من الأشياء الكاملة في العمل، لكن ما زلت أشعر أنني فاشل.
 ٥. التصنيف: أنت تضع مسمى لنفسك أو للآخرين بدون اعتبار بأن الدليل على هذا التصنيف قد لا يؤدي إلى صحة ما ذهبت إليه.
 ٦. التضخيم والتقليل: حينما تقيم نفسك أو شخص آخر فإنك تضخم من السلبيات وتهون من شأن الإيجابيات أو العكس.
مثال: حينما احصل على درجات متوسطة فهذا دليل على أنني لست كفؤ وحينما أحصل على درجات عالية فليس هذا دليلا على ذكائي
 ٧. المصفاة العقلية (ويسمى أيضا التجريد الانتقائي): أنت توجه انتباهها زاندا إلى جانب سلبي واحد بدلا من رؤية الصورة ككل.
مثال: (لأنني حصلت على درجات ضعيفة في التقييم والذي أيضا محتوي على بعض الدرجات العالية فهذا معناه أنني قرأت الأفكار: أنت تعتقد أنك تعرف ما يفكر فيه الآخرين وغير قادر أن تضع في اعتبارك احتمالات أخرى
مثال: أنه يفكر أنني لا أعرف أي شيء عن هذا المشروع
 ٨. التعميم الزائد: أنك تستنتج استنتاجا سلبيا قد يتخطى الوضع الراهن.
مثال: (لأنني لم أشعر بارتياح أثناء الاجتماع) أنا لا أملك مقومات عمل الأصدقاء.
 ٩. الشخصية: تعتقد أن الآخرين يفكرون بطريقة سلبية بسببك بدون اعتبار لتفسير لتصرفاتهم أكثر منطقية.
مثال: كان الميكانيكي جاف معي لأنني فعلت شيئا خطأ
 ١٠. عبارات (يجب) و (ينبغي) ويسمى أيضا التفكير بصفة الإلزام: أن لديك فكرة كاملة ودقيقة عما ينبغي لك أو للآخرين أن يتصرفوا وتشعر بالضجر واللوم إذا لم يحدث ذلك.
مثال: أنه لمن المرعب أن أرتكب خطأ، ينبغي على دائما أن أتصرف بطريقة كاملة.
 ١١. الرؤية الانبؤية: أنت دائما ترى الجانب السلبي من الموقف.
مثال: أن معلم أبني لا يستطيع عمل شيئا صحيحا، أنه دائم الانتقاد وديم الإحساس ولا يعلم بطريقة صحيحة.

المعالج: كويس..إحنا اتعرفنا على عدد من الأفكار التلقائية اللي كانت عندك الأسبوع ده عن العمل وصحتك وأولادك. يا ترى فيه خيط مشترك بين كل الأفكار دي.واضح أنك بتتوقعى الأسوأ فى كل حالة، مضبوط؟

المريضة: أبوة

المعالج: لما الناس تتوقع الأسوأ، إحنا بنسمى ده التفكير العاطفى، دائماً متوقعة أن فيه مصيبة ها تحصل، يا ترى أنت واخدة بالك من الحكاية دي؟

المريضة: أفكر، يمكن يكون كدة.

المعالج: إيه رأيك لو حاولت الأسبوع الجاى تلاحظى أفكارك الكارثية؟ لما بتيجى تدونى أى فكرة تلقائية وتلاقيها كارثية .. اكتب حينها التفكير الكارثي.

وهناك اختيار ثالث، وهو أن نقدم للمريضة قائمة بالانحراف المعرفى عندها ولكن تعالج واحدة أو اثنين أو ثلاثة تكون أكثر شيوعاً فى تفكيرها لكى لا تربك المريضة فى محاولة التركيز عليهم جميعاً. وحينما تتعرف المريضة على أخطائها الفكرية فإنها تستطيع غالباً تقييم صلاحية أفكارها بطريقة موضوعية. الجزء التالى يوضح كيف تساعد المرضى على تقييم مدى نفعية أفكارهم.

أسئلة لتقييم مدى فائدة الأفكار التلقائية:

بعض الأفكار التلقائية تكون صحيحة تماماً، أو على الرغم من التقييم تظل المريضة معتقدة أنها صحيحة تماماً حينما لا تكون كذلك. وفى هذه الحالة يلجأ المعالج إلى تقييم مدى نفعية تلك الأفكار. وفى هذه الحالة يمكن للمعالج أن يساعد المريضة لكى تحدد تأثير طريقة تفكيرها (كما فى السؤال ٤ فى شكل ٨-١) أو يسأل بصفة خاصة عن المميزات والعيوب الناجمة عن الاستمرار فى هذه الفكرة والاستجابة لها.

المعالج: سالي... ممكن تكونى محقة فى إن فرصتك فى إنك تلاقى شغل فى

الصيف ما كانتش كويسة، لكن إيه الميزة فى إنك تفضلى تقولى لنفسك (أنا
عمرى ما حلاقى عمل.... أنا عمرى ما حلاقى الشغل)؟

المريضة: أنا مش هكون محبطة لما ما لاقيش.

المعالج: هل الفكرة دى بتديك إحساس عظيم بالارتياح؟ هل دى بتساعدك أنك
تفضلى تبجثى عن عمل؟ هل دى بتشجعك أن تستمتعى بالدراسة؟

المريضة: أبداً.

المعالج: يعنى تقدرى تقولى إن الفكرة دى لها عيوب؟

المريضة: آه

المعالج: إيه اللى ممكن يكون استجابة كويسة لما تيجى الفكرة (أنا عمرى ما
هالاقى)؟

المريضة: إنى حلاقى الشغل.

المعالج: كويس.. أنا خايف دى تكون فكرة وردية شوية. إيه رأيك لو قلت أنا
ممكن ألاقى شغل يمكن ما يكونش هو اللى أنا عاوزاه. وتقدرى تركزى
على اللى بتعلميه؟ ممكن ده يساعدك؟ مش عاوزة تجربى الفكرة دى
الأسبوع ده؟

وفى أحيان أخرى يحول المعالج انتباهه للفكرة (إنى لن أحصل أبداً على
العمل الذى أريده)، ويحاول فحص المعنى الخفى، ولكنه فى هذه الجلسة أختار أن
يكتشف فائدة الفكرة التلقائية. وفى الجلسة التالية يعلم المريضة بطريقة واضحة
فائدة الأفكار وجدواها.

المعالج: سالى خلىنا نراجع اللى إحنا عملناه. إحنا بدأنا بالفكرة (أنا عمرى ما
هلاقى الشغل اللى أنا عاوزاه وإحنا قلنا: إن الفكرة ممكن تكون صحيحة
لكن ما عرفناش إن توقعاتك صحيحة أو لا. وبعدين فكرنا فى فائدة الفكرة،
يا ترى فاكرة إحنا حكمنا عليها إزاي؟

المريضة: أيوة إحنا اتكلمنا عن المميزات والعيوب.

المعالج: واكتشفنا أنها شوية فيها عيوب وقلنا إزاي تتجاوبى مع الفكرة مرة ثانية لما تيجى أو لما ما تقدرىش تقيميها وتقدرى تتجاوبى معاها بناء على عيوبها وعدم نفعها. مطبوظ؟

فاعلية تقييم الفكرة التلقائية:

بعد استخدام أسئلة مقننة أو غير مقننة (أو تجربة سلوكية، انظر الفصل ١٢) لتقييم فكرة تلقائية، يقوم المعالج بتقدير فاعلية هذا التقييم من أجل أن يقرر ما سوف يفعله بعد ذلك فى الجلسة؛ فإذا ظهر أن المريضة لم تعد تعتقد فى الفكرة كثيرًا، وإذا بدا أن انفعالاتها العاطفية بدأت تتناقص بوضوح حيالها ، فهذا مؤشر للمعالج أن ينتقل إلى موضوع آخر.

المعالج: قد إيه بتعتقدى دلوقت أن جين حتغضب وحتفضل غضبانة إذا فتحتى معاها موضوع الضوضاء؟

المريضة: مش كثير يمكن ٢٥%.

المعالج: وقد إيه أنت منزعة دلوقت؟

المريضة: أقل بكثير يمكن ٢٠%

المعالج: كويس...فى أى حاجة ثانية فى الموضوع ده؟.. لا؟ إيه رأيك ننتقل للموضوع اللى بعده فى الأجنده؟

عملية تصور لماذا لم يكن تقييم فكرة تلقائية غير فعال:

إذا استمرت المريضة فى اعتقادها بفكرتها التلقائية بدرجة ملحوظة، ولم تشعر بتحسن من ناحية المزاج، يبحث المعالج فى أسباب ذلك، ويحاول أن يفهم لماذا لم تكن المحاولة المبدئية فى إعادة التركيب المعرفى ناجحة بالقدر الكافى.

وهناك عدة أسباب شائعة ينبغي وضعها في الاعتبار مثل:

١. توجد أفكار وخيالات أخرى أكثر مركزية لم يتم التعرف عليها أو تقييمها.
٢. إن تقييم الفكرة التلقائية لم يكن مفهومًا، أو سطحيًا أو غير كافٍ.
٣. لم تستطع المريضة أن تعبر بالقدر الكافي عن الدليل الذي تعتقد أنه يدعم الفكرة التلقائية.
٤. إن الفكرة التلقائية نفسها هي فكرة جوهرية.
٥. إن المريضة تتفهم جيدًا على المستوى العقلاني أن فكرتها التلقائية مشوهة أو غير صحيحة، ولكنها لم تتفهم ذلك على المستوى الشعوري.
٦. إن المريضة قد أسقطت التقييم من حسابها أو قللت من شأنه.

وفى الحالة الأولى لم يظهر المعالج أكثر الأفكار التلقائية مركزية؛ فعلى سبيل مثال قد ذكرت سالى الفكرة (إذا حاولت أن أكتب لمجلة المدرسة فإنه لمن المحتمل ألا أستطيع). وتقييم هذه الفكرة لا يؤثر على مشاعرها المحبطة؛ لأن لديها أفكارًا أكثر أهمية بالنسبة لها (ولكن لم يتم التعرف عليها) مثل: (ماذا لو ظن المحررون أنني كاتبة ضعيفة؟) ماذا لو كتبت شيئًا رديئًا؟ ولديها أيضًا تخيلات عن محررين يقرأون مقالاتها بوجوه ساخرة مستهزئة.

وفى الحالة الثانية: قد تستجيب المريضة للفكرة التلقائية بطريقة سطحية؛ فلقد كان عند سالى الفكرة (أنا لم أنهى كل عملي، عندى الكثير الذى ينبغي أن أفعله) وبدلاً من أن تقيم سالى فكرتها بعناية استجابت لها (لا.. أنه من الجائز أن أعمله)، وهذه الاستجابة ليست كافية ولا تخفف من قلق سالى.

وفى الحالة الثالثة: لم يستطع المعالج بطريقة كافية دليل المريضة على صحة فكرتها التلقائية مما ينتج عنه استجابة تكيفية غير كافية كما يتضح هنا:

المعالج: سالى.. إيه الدليل اللى عندك إن أخوك مش عاوز ينشغل بمشاكلك؟
المريضة: آه علشان هو بيتصل بى كل فترة بعيدة... أنا اللى دائماً اتصل به.

المعالج: كويس... فيه حاجة من الناحية الثانية؟ يعنى هو بيعتتى بك؟ أو هو يحب يحتفظ بعلاقة كويسة معاك؟

وإذا كان معالج سالى قد ثابر قليلاً كان يمكنه أن يكشف عن دليل آخر لدى سالى يدعم هذه الفكرة، وأن أياها يقضى وقتاً أطول مع صديقته من الوقت الذى يقضيه معها، وأنه يبدو متعجلاً على التليفون حينما تتصل به سالى، وأنه لم يرسل لها بطاقة تهنئة فى عيد ميلادها. وإذا كان المعالج قد أظهر كل هذه المعطيات لكان بمقدوره أن يساعدها بطريقة أفضل فى أن توازن بين الأدلة بطريقة أكثر فعالية والبحث عن تفسيرات بديلة لتصرفات أخيها.

وفى الحالة الرابعة: يتعرف المعالج على فكرة تلقائية هى نفسها معتقد جوهرى، فسالى دائماً لديها الفكرة (أنا فاشلة) وهى تؤمن بهذه الفكرة بدرجة كبيرة حتى أن تقييماً أولياً واحداً لا يغير من ادراكها أو الانفعالات المصاحبة له، ويلزم المعالج أن يستخدم عدة أساليب حتى يستطيع تغيير هذا المعتقد (انظر الفصل الحادى عشر).

وفى الحالة الخامسة: تبين المريضة أنها تتبنى استجابة إيجابية على مستوى العقل ولكن على المستوى الشعورى لم تستطع تبني هذه الاستجابة من قلبها أو روحها أو أحشائها. وفى هذه الحالة يحتاج المعالج والمريضة أن يكتشف معتقدات متفرقة تحت هذه الفكرة التلقائية.

المعالج: قد إيه إنتى بتعتدى دلوقت أن الأستاذ مش بيظن أنك بتضيعى وقته وحتى لو كان ده صحيح فدى شغلته؟

المريضة: أيوه أنا شايفة ده عقلياً.

المعالج: ولكن؟

المريضة: على الرغم من أننى باعتقد أنه لازم يساعدى، لسه حاسة أنه فاكر أنى باضيع وقته.

المعالج: كويس... خيلنا نفترض للحظة أنه بيفتكر كده، إيه المشكلة فى كده؟

وهنا يكتشف معالج سالى أنها لا تعتقد حقيقة فى استجابتها الموضوعية وكشف الغطاء عن معتقد تحتي: (إذا سألت مساعدة أحد فمعنى ذلك أننى ضعيفة).

وفى الحالة السادسة: تسقط المريضة الاستجابة التكيفية.

المعالج: قد إيه إنتى بتعتدى إنه مش بيظن إنك بتضيعى وقته؟ أو لو أعتقد كده، فدا شغله اللى بياخذ عليه مرتب على كل حال؟

المريضة: أنا باعتقد كده لكن.

المعالج: لكن إيه؟

المريضة: لكنى لسة بافتكر إنى لازم أعمل أنا شغلى بنفسى.

المعالج: كويس.. ده احتمال ثانى. ممكن تعمليه. تيجى نشوف بالعقل أن أفضل أنك تعملى الشغل بنفسك أو تستعينى بأحد؟

المريضة: ماشى.

إن إسقاط الاستجابة من الحساب غالبًا ما يأخذ الشكل (نعم ولكن). نعم أنا أعتقد فى هذه الاستجابة ولكن... وتخضع أيضًا للتقييم مثل باقى الأفكار التلقائية. وملخص ما سبق أنه بعد تقييم الفكرة التلقائية، يسأل المعالج مريضته أن تقدر حجم اعتقادها بالاستجابة التكيفية وكيف نشعر حيال ذلك؛ فإذا كان اعتقادها ضئيلاً، ولكنها ما زالت منزعة عاطفياً يحاول المعالج أن يكون تصورًا عن أسباب فشل تقييم الأفكار التلقائية فى التخفيف من انزعاجها. والفصل القادم سوف يتناول كيفية مساعدة المرضى على الاستجابة لأفكارهم التلقائية.

الفصل التاسع

الاستجابة للأفكار التلقائية

أوضح الفصل السابق كيفية استخدام الأسئلة في مساعدة المريضة على تقييم فكرة تلقائية وتحديد فاعلية هذا التقييم. وفي حالات كثيرة يرغب المعالج فى أن يتابع هذا التفاعل اللفظى ليدعم وجهة نظر إيجابية ما. وغالبًا ما تأخذ هذه المتابعة شكلاً مكتوبًا فى صورة واجب منزلى تقرأه المريضة فى المنزل. وكتابة تعليمات مهمة فى أثناء الجلسة العلاجية لا يدعم فقط فهم المريضة فى اللحظة نفسها، ولكنه يمنحها فرصة للجوء إلى هذه التعليمات على مدى أسابيع وشهور، وربما سنوات بعد انتهاء العلاج.

وهذا الفصل سوف يتناول تسجيل الأفكار المعطلة، والوسائل الأولية التى تساعد المرضى على تقييم وكيفية الاستجابة- كتابة -لأفكارهم التلقائية، وكذلك طرق أخرى للاستجابة للأفكار التلقائية.

سجل الأفكار التلقائية:

يسمى سجل الأفكار التلقائية كذلك بـ "التسجيل اليومي للأفكار المعطلة" (Beck, et al 1979)، وهو استمارة عمل تساعد المريضة أساسًا على الاستجابة لأفكارها التلقائية بطريقة إيجابية، وبالتالي تخفف من شعورها بالحزن. (انظر شكل ٩-١) وبعض المرضى يستخدمونه بصورة منتظمة، ولكن البعض الآخر لا يستطيعون تدوين أفكارهم - على الرغم من محاولات المعالج - وبالتالي نادراً ما يستخدمونه. ويقف معظم المرضى فى مكان متوسط بين هذين النوعين، فهم يستخدمونه بطريقة منتظمة نوعاً ما، بناء على تعليمات وتشجيع المعالج لهم. وإذا رأى المعالج أن المريضة مرتبكة من شكل سجل الأفكار التلقائية ونظامه، فإنه يمكنه أن يعلمها أن تستخدم بدلاً من تلك الأسئلة الموجودة فى الشكل (٨- ١) فى الفصل الثامن.

ويكون المرضى أكثر استعدادًا لاستخدام (سجل الأفكار التلقائية) إذا كان قد قدم إليهم بطريقة صحيحة، ووضح لهم جيدًا، وأعطيت الأمثلة اللازمة. وفيما يلي تقترح بعض الإرشادات البسيطة في هذا الشأن:

١. ينبغي على المعالج أن يكون هو نفسه قد أجاد استخدام السجل مع أفكاره التلقائية قبل أن يقدمه لمرضاه.

٢. يجب على المعالج أن يخطط لتقديم السجل على مرحلتين في جلستين أو أكثر، وتشمل المرحلة الأولى الأعمدة الأربعة الأولى، وتغطي المرحلة الثانية العمودين الآخرين.

٣. ينبغي على المعالج التأكد من أن المريضة قد فهمت بوضوح، واقتنعت بالنموذج المعرفي قبل أن يقدم لها (سجل الأفكار التلقائية) وإلا فإنها سوف لا تستطيع إدراك قيمة التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها

٤. يجب على المريضة أن تظهر قدرة على التعرف وعلى تقييم أفكارها التلقائية قبل تقديم السجل إليها؛ فيجب أن تكون قادرة على تقرير المواقف، والمشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، وتميزها بين هذه الظواهر، فإنها سوف تجد صعوبة كبيرة في التعامل مع (سجل الأفكار التلقائية "سات") ولذا فعلى المعالج أن يستنطقها في إظهار أمثلة متعددة عن المواقف والمشاعر والأفكار والاستجابات الفسيولوجية قبل أن يعلمها تسجيل هذه البيانات في (سات).

٥. يجب على المريضة أن تظهر نجاحًا في إكمال الأعمدة الأولية الأولى بمفردها باستخدام أمثلة ومواقف مختلفة قبل أن يقدم إليها العمودان الآخرين.

٦. على المعالج أن يستوضح على الأقل فكرة تلقائية مع المريضة وتقييمها، ويتأكد أنها قد خففت من مشاعر الحزن لديها قبل أن يوضح لها كيفية استخدام العمودين الآخرين.

٧. إذا فشلت المريضة فى الوفاء بالواجب المنزلى باستخدام سجل الأفكار التلقائية (سات)، يجب على المعالج إظهار الأفكار التلقائية حيال السجل نفسه، محاولاً حل المشكلة عملياً، مقترحاً عمل السجل كتجربة، كاشفاً عن استخدامه هو شخصياً للسجل أو محفزاً للمريضة بطريقة ما.

وبالتعرف على موقف ما، يساعد المعالج المريضة على التعرف على فكرة تلقائية معينة والمشاعر المصاحبة من خلال الأسئلة الشفهية وحدها، ويمكنه استخدام هذا المثال فى استخدام "السات"، وإذا قدم المعالج "السات" بدون تحديد موقف، والتعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة به والمشاعر المصاحبة لها، فإنه ربما يساعد على تشويش أفكار المريضة إذا لم تستطع بعد ذلك التفريق بين هذه الظواهر.

وفى الجزء التالى يؤكد المعالج على توضيح محتويات الأعمدة الأربعة الأولى من السجل بالنسبة لفكرة تلقائية ما قبل أن يظهر السجل نفسه لمريضته.

إرشادات: الآن حينما تحس أن مزاجك قد تغير للأسوء اسأل نفسك ما الذى يدور فى رأسك وبأسرع ما يمكنك دون هذه الأفكار أو المشاعر فى عمود الأفكار التلقائية:

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	<p>١- ما تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التي أدت إلى هذه المشاعر غير المتارة؟</p> <p>٢- ما (إن وجد) الاستجابات الجسمانية أو الأحاسيس المزعجة التي شعرت بها؟</p>	<p>١- ما الأفكار أو الأخيذة التي دارت برأسك؟</p> <p>٢- كم كنت تعتقد في هذه الأفكار وقتها؟</p>	<p>١- ما المشاعر (حزن- قلق - غضب - ... وهكذا) التي كنت تشعر بها في حينها؟</p> <p>٢- كم هي شدة هذه المشاعر (من ٠-١٠٠)؟</p>	<p>١- (اختبر) التحريف الإدراكي الذي ارتكبته؟</p> <p>٢- استخدم الأسئلة في الأسفل لكي تواف ما بين الاستجابة والأفكار.</p> <p>٣- ما درجة اعتقادك في كل استجابة (٠-١٠٠)؟</p>	<p>١- كم تعتقد الآن في الفكرة التلقائية؟</p> <p>٢- ما المشاعر التي تحسها الآن؟ وما شدتها (صفر - ١٠٠%)؟</p> <p>٣- ما الذي ستفعله بعد ذلك؟</p>
الأحد ٢/٢٣ ١٠ صباحا الثلاثاء ٢/٢٧ ١٢ صباحا الخميس ٢/٢٩ ٥ بعد الظهر	<p>التحدث في التليفون مع ديانا</p> <p>الاستعداد للامتحان</p> <p>أفكر في درس الاقتصاد غدا. لاحظ أن رأسي ترتعش وصعوبة في التركيز</p>	<p>أنها لم تعد تحبني بالتأكيد ٩٠% لا يمكن أن أتعلم ذلك ١٠٠%</p> <p>ربما يوجه إلى سؤال ولا أستطيع الإجابة ماذا جرى لي؟</p>	<p>حزينة ٨٠% حزينة ٩٥% قلقة ٨٠%</p>		

أسئلة تساعد على تكوين الاستجابة التكيفية:

١. ما الدليل على أن الفكرة حقيقية؟
٢. هل هناك تفسير آخر؟ ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أن أعيش به؟
٣. وما أحسن الاحتمالات؟ وما النتيجة الأكثر واقعية؟
٤. وما تأثير اعتقاداتي على أفكاري التلقائية؟ وما نتيجة إمكانية تغيير أفكاري؟
٥. ما الذي يجب على فعله حيال ذلك؟

٦. إذا كان صديق أو صديقة في نفس الموقف ولديه أو لديها نفس الأفكار، فماذا أقول له أو لها؟

الشكل ٩-١ سجل الأفكار التلقائية المعطلة

Copyrights 1995, by Judith S. Beck Ph. D

إرشادات: الآن حينما تحس أن مزاجك قد تغير للأسوأ اسأل نفسك ما الذى يدور فى رأسك وبأسرع ما يمكنك دون هذه الأفكار أو المشاعر فى عمود الأفكار التلقائية:

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	١- ما تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التى أدت إلى هذه المشاعر غير السارة؟ ٢- ما (إذا وجدت) الاستجابات الجسمية أو الأحاسيس المزجة التى شعرت بها؟	١- ما الأفكار أو الأحيالة التى دارت برأسك؟ ٢- كم كنت تعتقد فى هذه الأفكار وقتها؟	١- ما المشاعر (حزن- قلق - غضب - ...وهكذا) التى كنت تشعر بها فى حينها؟ ٢- كم هى شدة المشاعر؟ (من ٠-١٠٠)	١- (اختبر التحريف الإدراكى الذى ارتكبته. ٢- استخدام الأسئلة فى الأسفل لى تواف مابين الاستجابة والأفكار. ٣- كم تعتقد فى كل استجابة؟	- كم تعتقد الآن فى الفكرة التلقائية؟ ٢- ما المشاعر التى تحسها الآن؟ وما شدتها. (٠-١٠٠%) ٣- ما الذى ستفعله بعد ذلك؟
الجمعة ٨/٣ بعد الظهر	التفكير فى سؤال بوب إن كان يريد أن يشرب معى القهوة.	إنه لن يرغب فى الخروج معى.	حزينة ٧٥%	مغالطة سوء الحظ أنا فى الحقيقة لا أعرف إن كان يريد أم لا (٩٠%). إنه لطيف معى فى الفصل (٩٠%). أسوأ الاحتمالات أن يقول لا وأشعر بحزن لفترة قصيرة (٩٠%). أحسن الاحتمالات أن يوافق	١- غضب ٥٠% ٢- حزن ٥٠% ٣- قلق ٥٠% (٥٠%)

					(١٠٠%) ممكن أن يقول لا ولكن لا يزال يعاملنى بلطف (٨٠%). إذا استمرت فى التخمين فإبنى لن أسأله، وسوف تضع الفرصة (١٠٠%). يجب أن أبادر وأسأله (٥٠%) لا توجد مشكلة خطيرة على أية حال (٧٥%).
--	--	--	--	--	--

أسئلة تساعد على تكوين الاستجابة التكيفية:

- ١- ما الدليل على أن الفكرة حقيقية؟
- ٢- هل هناك تفسير آخر. ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أعيش به؟
- ٣- وما أحسن الاحتمالات؟ وما النتيجة الأكثر واقعية؟
- ٤- وما تأثير اعتقاد أنى على أفكارى التلقائية ؟ وما نتيجة إمكانية تغير أفكارى؟
- ٥- ما الذى يجب على فعله حيال ذلك؟
- ٦- إذا كان صديق أو صديقة فى نفس الموقف ولديه أو لديها نفس الأفكار، فماذا أقول له أو لها؟

الشكل ٩-٢ سجل الأفكار التلقائية المعطلة

Copyrights 1995, by Judith S. Beck Ph. D

المعالج: خلينى أتأكد من إنى فاهم الموقف ده: صاحبك (دونا) كلمتك، وقالت لك أنا مش حا أقدر آجى الأسبوع ده، وكان عندك الفكرة (بالتأكيد ما بقش تحبنى زى الأول) وشعرت بالحزن؟ مضبوط؟

المريضة: مضبوط.

المعالج: كويس.. دلوقت فى دقائق قليلة عاوزين نقيم الفكرة دى. لكن الأول عاوز أوريكى استمارة ممكن تساعدك ، بنسبها (سجل الأفكار التلقائية) أو (سات) هى مجرد طريقة مرتبة للاستجابة للأفكار المزعجة؟ ماشى؟
المریضة: ماشى.

المعالج: هى دى... النهارده هنركز على العواميد الأربعة الأولى، يعنى حنشطب النهارده على العمودين الآخرين بس عاوز أقولك حاجة فى الأول، الأخطاء الإملائية والخط والقواعد مش مهمة.
المریضة: تضحك.

المعالج: ثانيًا: دى وسيلة مفيدة، وممكن تأخذ منك شوية تدريب علشان تجيدى استخدامهما، ومتوقع تعملى بعض الأخطاء فى الطريق، والأخطاء دى حقيقى مفيدة فى الحقيقة علشان نشوف إيه اللى بيأخطبك ونعمله كويس المرة اللى بعدها؟ ماشى؟
المریضة: ماشى.

المعالج: إيه رأيك لو استخدمنا فكرتك (بالتأكيد ما بقتش تحبنى زى الأول) كمثال - لأن العمود الأول سهل- إمتى كانت عندك الفكرة دي؟
المریضة: النهارده الصبح.

المعالج: كويس.. فى العمود الأول تكتبى تاريخ اليوم والساعة.
المریضة: (نفعل ذلك).

المعالج: ممكن تكتبى برضه أى يوم فى أيام الأسبوع ده هيساعدنا كثير علشان لو حبينا نرجع له فى أى وقت فى العمود الثانى حنكتب الموقف اللى حصل لما جات لك الفكرة دى. يا ترى كنت معاها على التليفون ولا الفكرة جات لك بعد المكالمه؟

المريضة: كانت موجودة وأنا باكلمها.

المعالج: كويس.. تحت عمود الموقف ممكن تكتبى (التحدث فى التليفون مع دونا. يعنى الموقف ممكن يكون حدث فعلى أو أفكارك أنت عنه أو تخيلاتك أنت فى مخك؟ يا ترى دا واضح؟

المريضة: أفنكر واضح.

المعالج: هنستعمل أمثلة كثيرة علشان تبقى أوضح لك، وهتلاحظى أن الأسئلة فى أعلى العمود هتساعدك، وفيه كمان نوع ثالث من المواقف إذا كانت أفكارك التلقائية عن مشاعرك العاطفية أو الجسمانية. فمثلاً الموقف ممكن يكون (ملاحظة أنى أشعر بالحزن) والفكرة ممكن تكون (أنا مش لازم أحس بالإحساس ده).

المريضة: كويس... أفنكر فهمت.

المعالج: دلوقت.. العمود الثانى عن الأفكار التلقائية. هنا حكتبى الكلمات الفعلية أو الصور اللى دارت فى ذهنك فى الحالة دى مثلاً عندك الفكرة (دى لازم مش بتحببى زى الأول) قد إيه كنت بتعتقدى فى الفكرة فى الوقت ده؟

المريضة: كثير... ٩٠%.

المعالج: كويس.. اكتبى الفكرة واكتبى ٩٠% جنبها. وفى العمود الرابع تكتبى مشاعرك وقد إيه كانت شدتها. قد إيه كنت حزينة؟

المريضة: حزينة جداً، ٨٠%.

المعالج: اكتبى كده. إيه رأيك نحاول ثانى. هل تفنكرى أى لحظات ثانية شعرتى فيها بتغير فى المزاج؟

المريضة: بالتأكيد.. أنا كنت با أبص على كتاب فى المكتبة النهاردة وشعرت بالحزن فعلاً.

المعالج: كويس... خاينا نرجع ورا للحظة دي. كان النهاردة الصبح بدرى وأنت فى المكتبة، بتبصى على كتاب وكنتى فعلا حزينة. ودلوقت أسألى نفسك السؤال الموجود فى أعلى السات (إيه اللي بيدور فى مخى دلوقت) يا ريت تحطى خط أو تعملى دايرة على السؤال فى قمة ال "سات". وحينما تنجح المريضة فى إكمال الأعمدة الأربعة الأولى من ال "سات" بدون مساعدة أو بقليل منها، يمكن للمعالج أن يكلفها بواجب منزلى.

المعالج: كويس.. سالى إيه رأيك تحاولى تملى الأعمدة الأربعة الأولى من ال "سات" الأسبوع ده؟ أنت بتشوفى الأول أى تغيير فى مشاعرك كمفتاح علشان تبدأى وبعدين تسألى نفسك عن اللي بيدور فى مخك زى ما هو مكتوب فوق هنا.

المريضة: كويس.

المعالج: خاينى أفكرك بحاجتين: أولاً: مش لازم تملها بطريقة مرتبة. ممكن مثلاً تكتبى مشاعرك فى خانة المشاعر سواء حزينة قلقانه أو متوترة وبعدين تشوفى الفكرة التلقائية اللي سببت المشاعر دي. وثانياً: لازم تعرفى أن دى نوع من المهارة وممكن ما تقدرش تعملها مضبوط من أول مرة؟ لأنها عاوزه تدرّب.. صح؟ وكل ما حتدربى عليها كل ما تلاقيها سهلة.

المريضة: ماشى.

المعالج: تفكرى، تقدرى تكتبى كل يوم فكرة تلقائية فى الأسبوع ده؟

المريضة: بالتأكيد، حا حاول.

فى الجزء القادم يتبين للمعالج أن سالى لديها بعض الخلط بين المواقف والأفكار التلقائية والتفاعلات الفسيولوجية والمشاعر (انظر أسفل شكل ٩-١)، ومن ثم أجل تقديم العموديين الآخرين، وبدلاً من ذلك راجع معها ما فعلته فى سجل الأفكار

التلقائية فى الواجب المنزلى.

المعالج: كويس... خلىنا نأخذ نظرة على ال"سات" اللى عملتيه فى البيت. المثال الأول ده كويس، أنت كنت بتذاكرى علشان الامتحان وجاءت لك الفكرة (أنا عمري ما حافهم ده) وكنت بتعتقدى فى الفكرة دى بدرجة ١٠٠%، وشعرت بحزن ٩٥% كويس لو عندنا وقت النهاردة إحنا حنقيم الفكرة دى. لكن خلىنا نبص على البند الثانى اللى عملتيه أولاً.

المريضة: أنا ما عملتوش كويس، معرفتش أحدد إيه الأفكار التلقائية اللى عندي

المعالج: كويس... خلىنا نبص عليه. كانت تقريبا الساعة ٥ مساء ليلة إمبراح يا ترى كنت بتعملى إيه بالضبط؟

المريضة: أنا كان المفروض بذاكر، بس ما قدرتش أركز كويس، وكنت عماله أتمشى فى الغرفة رايحة، جاية.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه؟

لمريضة: كنت بافكر فى حصة الاقتصاد اللى عملتها النهاردة، كنت خايفة المدرس ينادى على ويسألنى وما عرفش أجابوب.

المعالج: يعنى كمان عندك الفكرة. أن المدرس ممكن ينادى عليا وما عرفش أجابوب.

المريضة: نعم.

المعالج: كويس.. اكتبى دى فى خانة الأفكار التلقائية، ويا ترى كنت قد إيه بتعتقدى فى الفكرة دى لحظتها؟

المريضة: حوالي ٨٠%.

المعالج: كويس... اكتبى.. ويا ترى الفكرة أثرت على مشاعرك إزاى؟

المريضة: قلقة، قلبي بدأ يدق بسرعة.

المعالج: قد إيه قلقة؟

المريضة: حوالي ٨٠%.

المعالج: اكتبى ده فى خانة المشاعر ٨٠%.. وتحت خانة المواقف اكتبى (التفكير فى حصة الاقتصاد).. زى ما يكون دقائق القلب السريعة وقلة التركيز من أعراض القلق. هل فيه حاجة دارت فى مخك بالنسبة للأعراض دى؟

المريضة: أيوه... كنت بأفكر يا ترى إيه اللي بيجرى لى.

المعالج: كويس... بيبقى الموقف الثانى كان ملاحظة سرعة دقائق القلب وقلة التركيز والفكرة التلقائية هي (إيه اللي بيحصل لى) ممكن تكتبى الحاجات دى؟

وفى الجزء التالى يلاحظ المعالج أن سالى قد أجادت ملء الأعمدة الأولية الأولى من "السات" بما يؤكدده واجبها المنزلى، وأصبح عليه أن يعلمها ملء العمودين الآخرين إذا سنحت الفرصة. ويبدأ باستخدام الأسئلة فى الهامش الأسفل " فى تقييم إحدى الأفكار التلقائية بطريقة شفوية أولاً ليتأكد من فاعلية استعمال هذه الأسئلة.

المعالج: سالى.. خلينا نشوف إذا كنا نقدر ننقل الكلام اللي قلناه ده فى ال "سات" إيه التشويش المعرفى اللي عملتيه. المريضة: التفكير الكارثي.

المعالج: كويس.... ممكن تكتبى ده فى الخانة الرابعة، واللى بنسميها الاستجابة التكيفية. أنت فاهمة التعليمات بتاعة الخانة دى وكتابة نوع الانحراف المعرفى دى حاجة اختيارية.

المريضة: ماشى.

المعالج: وبعدين تستخدمى الأسئلة اللي فى الهامش الأسفل للورقة علشان تقيمى

أفكارك وتولفى استجابة تكيفية فى الخانة الرابعة. دى الأسئلة اللى استخدمناها من دقيقة بطريقة شفوية.

المريضة: ماشى.

المعالج: فى الأول إحنا بصينا على الدليل.. وبعدين استنتجت إيه؟

المريضة: ده اللى أنا مش عارفاه، يا ترى مش عاوز يخرج معايا ولا لأ بصراحة هو أتصرف معايا بطريقة لطيفة فى الفصل.

المعالج: كويس.. اكتبى الحاجتين دول فى الخانة الخامسة وقد إيه إنتى بتعتقدى فى كل جملة.

المريضة: حوالى ٩٠%.

المعالج: حتى ٩٠% بعد كل جملة. أولاً إحنا بصينا على النتائج إيه أسوأ أو أحسن حاجة ممكن تحصل وإيه الاحتمالات المتوقعة؟ (تستمر المريضة فى كتابة الاستجابة التكيفية ودرجة اعتقادها فى كل جملة). كويس خلىنا نبص على آخر عمود. باترى قد إيه بتعتقدى فى صحة أفكارك التلقائية دلوقت؟

المريضة: ممكن ٥٠%.

المعالج: وبتحسى بإيه دلوقت؟

المريضة: دلوقت مش حزينة قوى لكن أكثر قلقاً.

المعالج: كويس فى العمود الأخير، اكتبى (قلق) للأفكار التلقائية وجنبها اكتبى ٥٠%. وبعدين اكتبى حزينة و اكتبى درجة الحزن (صفر - ١٠٠%).

المريضة: تفعل ذلك.

المعالج: دلوقت ممكن نبص على الفكرة اللى جعلتك قلقة.

وبعد ذلك يحاول المعالج أن يجعل مريضته تتدرب على ال "سات" مع فكرة تلقائية أخرى، ويضع لها واجبًا منزليًا، أو ينتقل إلى موضوع آخر.

تحفيز المرضى على استعمال سجل الأفكار التلقائية (سات):

يحتاج بعض المرضى إلى استخدام ال "سات" بطريقة سريعة ويستخدمونه بطريقة منتظمة حينما يشعرون بالحزن، ولكن بالنسبة للآخرين يلزمهم نوع من التشجيع والتحفيز كما يلي:

المعالج: سالي... واضح زى ما يكون أن استخدام ال "سات" يساعد، يعنى خفف درجة حزنك من ٧٥% إلى ٥٠%.

المريضة: أيوه.

المعالج: تفكرى استخدام الجدول ده حيساعدك فى المستقبل؟

المريضة: أيوه.

المعالج: أنت حاليًا كويسة خالص فى تقييم الأفكار ومعرفة الاستجابات لكن فيه ناس تفضل تكتب على الورق إيه رأيك؟

المريضة: أفنكر يكون أحسن.

المعالج: إيه رأيك تحاولى تعملى الكلام ده فى البيت الأسبوع ده؟

المريضة: أفنكر أقدر أحاول.

المعالج: تعرفى... أنا نفسى ساعات استخدم ال "سات" لما أكون حاسس أنى مش مضبوط، وباحس أن أفضل أنى أعمله كتابة أكثر من الشفوى بس ما عرفش أن كان دا مناسب بالنسبة لك، إيه رأيك تعملها على سبيل التجربة الأسبوع ده؟ ممكن تستجيبى أفضل لأفكارك وتشوفى قد إيه بتأثر على مشاعرك وبعدين تجيبى ال "سات" وتكتبى كل حاجة فى الورق

وتشوفى إحساسك بعد كده؟ إيه رأيك؟

المريضة: ما شى.

المعالج: يعنى هتحاولى؟

المريضة: هحاول.

ولكى يشجع المعالج المريضة على استخدام سجل الأفكار التلقائية، يسألها أن تستخدمه على سبيل التجربة؛ فإذا عادت إليه الأسبوع التالى ومعها ال "سات"، وقد ساعدها على تخفيف حدة حزنها فإنها لن تحتاج إلى مزيد من التحفيز بعد ذلك. وأما إذا لم تحاول أو لم تستطع إكماله بالطريقة المتوقعة أو لم تشعر بأى تحسن فى مشاعرها؛ فعلى المعالج أن يحدد طبيعة الصعوبات، ويضع خطة مناسبة، وأحياناً تكون الاقتراحات المنطقية ذات نفع كبير.

المريضة: أنا عارفة أنى ممكن كان عندى أفكار تلقائية كثيرة الأسبوع ده فى أثناء الحصة، لكن ما قدرش اكتبها ساعتها أو فى مكانها.

المعالج: ده. صحيح.. تفكرى من الأفضل أنك تتوقعى فكرة تلقائية قبل الحصة وتكتبها فى ال "سات" أو فى أثناء الحصة؛ أى فكرة تيجى تكتبها على ورقة فى أثناء الحصة وبعدين تنقلها فى ال "سات" بعد الحصة أو آخر النهار.

المريضة: أفكر أنه من الأفضل اكتبها قبل الحصة، علشان ما شعرش بالقلق، لكن إذا ما كنتش جايه للعلاج ما كانش يبقى فيه أى حاجة مكتوبة.

المعالج: بعض الناس شايلين فى شنتهم نسخة فاضية من ال "سات"، تفكرى لو عملتى كده يكون مفيد؟

المريضة: كويس.. بس المشكلة ما عرفش فىن هاكتب الكلام ده. أنا مش عايزة أى حد يشوفه.

المعالج: ساعات لازم تكونى مبتكرة. بعض الناس يعملوها على مكتبهم زى أى

عمل كتابي، أو فى السيارة أو حتى فى الحمام إيه رأيك تشوفى أنت حتعملى إيه. ولو لقيت أى صعوبة أو لسه بتفكرى فى الناس ببقى هنا نقاش ده الأسبوع الجاي.

ومناقشة المريضة فى الجلسة التالية يمكن أن تشمل التعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة باطلاع الآخرين على ال "سات" أو عن اليأس المتعلق بالقدرة على التحسن أو عدم الرغبة فى بذل المجهود المطلوب لتغيير الحالة النفسية أو أية أفكار معطلة أخرى تقابلها فى طريق إعدادها لسجل الأفكار التلقائية (سات).

وإذا لم يحقق سجل الأفكار التلقائية النتيجة المطلوبة كما هو الحال مع أى وسيلة من وسائل العلاج المعرفي، لا ينبغي المبالغة فى تفخيم أهميته. وأغلب الناس فى بعض الأحيان يجدون أن سجل الأفكار التلقائية (ال "سات") لم يحقق الراحة المنشودة. وبالتأكيد على المنفعة العامة واستغلال نقاط التعثر كفرصة للتعليم يساعد المعالج مرضاه على معرفة أن الأفكار التلقائية وانتقادها ليس هدفاً فى حد ذاته، وكذلك استخدام ال "سات" أو حتى العلاج نفسه ليس هدفاً فى حد ذاته. واعتماداً على المريض نفسه، يمكن للمعالج أن يشرح الأسباب التى لم تجعل من سجل الأفكار التلقائية وسيلة فعالة لتخفيف الألم. وكما سبق وذكرنا فى الفصول السابقة أن التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها سواء باستخدام ال "سات" أو بدونه قد لا يكون كافياً لتخفيف الألم إذا لم تستطع المريضة التجاوب مع أكثر أفكارها إزعاجاً أو إذا كانت أفكارها التلقائية هى معتقد جوهرى لديها أو أدت إلى تنشيط معتقد تحتى أو إذا كان تقييمها وتجاوبها سطحياً أو أنها قللت من شأن استجاباتها.

طرق إضافية للتجاوب مع الأفكار التلقائية:

وهكذا ركز هذا الفصل على الطرق المكتوبة للاستجابة للأفكار التلقائية، وليس عملياً أو مستحباً للمريضة أن تتجاوب مع كل فكرة تلقائية بطريقة مكتوبة،

وإذا فعلت ذلك فستصبح حياتها مكرسة لهذا العمل. وفي الحقيقة يستطيع ذلك بعض المرضى (بل ويفضلون ذلك) وخصوصًا ذوى الشخصيات الوسواسية Obsessive-Compulsive Personality Disorder، ولكن مرضى آخرين لا يحبون الالتزام بهذه التعليمات الكتابية. وفيما يلي بعض الوسائل البديلة، والتي لا تتطلب عملاً كتابيًا.

- ١- عمل ال "سات" بطريقة عقلية شفوية.
 - ٢- قراءة سجل مكتوب سابقًا يحتوى على أفكار تلقائية مشابهة.
 - ٣- إملأ شكل معدل من ال "سات" على شخص آخر للكتابة أو جعل شخص آخر يقرأ ال "سات" على سمعها. (إذا كانت المريضة تفهم معنى ال "سات"، ولكنها لا تجيد القراءة والكتابة).
 - ٤- قراءة كروت تكيفية (انظر الفصل الثانى عشر).
 - ٥- الاستماع إلى جلسة علاجية أو مشاهدتها على شريط فيديو.
 - ٦- وأخيرًا، فإنه من المفيد فى بعض الأحيان اللجوء إلى حل المشكلة بدلاً من تقييم الأفكار التلقائية. فسالى على سبيل المثال تعانى من الفكرة (أنا لن أستطيع تعلم دروس الاقتصاد قبل الامتحان)، ومن خلال الأسئلة المتأنيبة قد استخلص المعالج أنها لو استمرت فى الاستذكار بنفس طريقتها، فإنها لن تستطيع تعلم المادة جيداً، وعليها أن تغير طريقتها فى الاستذكار. وإن عليه أن يساعدها على حل المشكلة بطرق عملية مثل استعارة مذكرات إضافية من زميلاتها، أو الاستعانة بالمدرس للمساعدة أو التخطيط فى الكتاب بطريقة معينة أو تحديد الكتب والفصول اللازمة لدراستها أو الاستذكار مع صديقة لها،... وهكذا.
- وتلخيصًا لما سبق، فإن على المعالج أن يعلم المرضى طرقًا مختلفة

للتجاوب مع أفكارهم المنحرفة أو المشوهة، والتدريب الدقيق على استعمال سجل الأفكار التلقائية سوف يعظم من قدرة المرضى على استخدام هذه الوسيلة المهمة بأنفسهم، ولكن هناك طرقاً أخرى تساعد المرضى على التجاوب مع أفكارهم التلقائية إذا لم يستطيعوا استخدام السجل.

الفصل العاشر

التعرف على المعتقدات الوسطية وتعديلها

تناولت الفصول السابقة كيفية التعرف على الأفكار التلقائية وتعديلها، وهي الكلمات الفعلية أو الأخيذة التي تدور في عقل المريض في موقف معين وتسبب الضيق أو التوتر. وسوف يتناول هذا الفصل الأفكار والمفاهيم الأعمق وغير اللفظية، والتي غالبًا ما يكونها المرضى عن أنفسهم وعن الآخرين وعن عالمهم الشخصى والتي تنشأ منها أفكار تلقائية معينة، وفي الأغلب الأعم تكون هذه الأفكار غير معلنة قبل العلاج، ولكن يمكن استبيانها بسهولة من المريض أو يمكن الاستدلال عليها ومن ثم فحصها.

وكما وصفنا في الفصل الثانى يمكن أن تقسم هذه المعتقدات إلى مجموعتين هما: المعتقدات الوسطية intermediate beliefs (وتتكون من القواعد، والاتجاهات أو المواقف، والافتراضات)، والمعتقدات الجوهرية (وهى أفكار كلية مطلقة وجامدة عن الذات أو الآخرين). وإذا كانت المعتقدات الوسطية أكثر صعوبة فى تعديلها من الأفكار التلقائية، فإنها أكثر قابلية للتطويع من المعتقدات الجوهرية.

وينقسم هذا الفصل إلى جزئين: الجزء الأول يصف عملية تكوين المفهوم (والتي سبق ذكرها فى الفصل الثانى) وعملية إنشاء رسم تخطيطى وهو ما يعرف بمخطط تكوين المفهوم ويتم التركيز على عملية تكوين المفهوم فى هذا الكتاب، وذلك للمساعدة فى وضع خطة العلاج وجعل المعالج قادرًا على اختيار التدخل المناسب، ويكون قادرًا على تخطى نقاط التعثر حينما يفشل التدخل العلاجى القياسى.

وأما إظهار وتعديل المعتقدات الوسطية فهو موضوع الجزء الثانى من هذا الفصل، والذى سوف يظهر وسائل إضافية خاصة لإظهار المعتقدات الجوهرية وتعديلها.

التصور المعرفى أو تكوين المفهوم:

يعمل المعالج والمريضة بصفة عامة على الأفكار التلقائية قبل مناقشة المعتقدات، وعلى الرغم من ذلك فإن المعالج يبدأ من البداية فى صياغة مفهوم يربط الأفكار التلقائية بطريقة منطقية مع معتقدات المستويات الأعمق. وإذا لم يستطع المعالج أن يرى هذه الصورة الكلية فإنه قد يكون أقل توجهاً بالعلاج إلى طريقة فعالة وكافية. وقد يقفز المعالج المبتدئ من معتقد وسطي إلى آخر بدلاً من التعرف على الفكرة المركزية الرئيسية ومعالجتها.

ولذلك فعلى المعالج أن يبدأ بتعبئة مخطط التصور المعرفى أو مخطط تكوين المفهوم (شكل ١٠-١) بمجرد أن يحصل على المعلومات اللازمة عن الأفكار التلقائية، والمشاعر، والسلوك المرتبط بها، وكذلك المعتقدات. ويظهر هذا المخطط العلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسطية والأفكار التلقائية الحالية. فهو يقدم خريطة معرفية لحالة المريض، ويساعد على تنظيم البيانات الكثيرة التى يظهرها المرضى، ويوضح المخطط فى الشكل (١٠-١) الأسئلة الأساسية التى يسألها المعالج لنفسه حتى يستطيع إكمال ملء المخطط.

وفى البداية قد تكون لدى المعالج معلومات كافية فقط لملء جزء من المخطط، وله أن يترك المربعات الأخرى فارغة أو يملأها بما استنتج من معلومات منتهية بعلامة استفهام ليبين طبيعتها الاحتمالية، ويقوم بمراجعة هذه المربعات الفارغة أو ذات المعلومات المحتملة مع مريضته فى الجلسات المقبلة.

ويمكن للمعالج فى بعض الأوقات أن يشرك المريضة فى عملية تكوين المفهوم حينما يكون هدفه من الجلسة هو مساعدة المريضة فى تفهم تصور عام عن مشاكلها. وفى هذه الحالة عليه أن يراجع التصور بطريقة شفوية أو أن يعيد رسم المخطط مع المريضة أو يقوم بإكمال المخطط الموجود. وحينما يعرض المعالج تصوراتهِ فهو يعرضها كفرضية، ويسأل المريضة ما إذا كانت هذه

الفرضية تتفق مع حالتها أو لا، ويمكن تصحيح النظرية مع المريضة بما هو مناسب. وعادة ما يكون من المستحسن أن نبدأ بالجزء الأسفل من المخطط. ويدون المعالج ثلاثة مواقف نموذجية تكون فيها المريضة منزعجة ثم يملأ مربع الأفكار التلقائية المرتبطة بها ومعناها. وبالتالي مشاعر المريضة الناتجة عنها والسلوك الناتج عن ذلك (إن وجد)، وإذا لم يسأل المريضة مباشرة عن معنى الأفكار التلقائية بالنسبة لها، فإما أن يفترض المعنى (مع وضع علامة استفهام) أو أن يستمر وذلك أفضل- في استخدام وسيلة السهم النازل (ص ص: ٢٤٣ - ٢٤٥) مع المريضة في الجلسة التالية حتى يكشف عن معنى كل فكرة.

وما تعنيه الأفكار التلقائية في كل حالة ينبغي أن يكون مرتبطًا منطقيًا مع مربع المعتقدات الجوهرية قرب أعلى المخطط. فعلى سبيل المثال يظهر مخطط سالي (شكل ١٠-٢) بوضوح كيف أن أفكارها التلقائية ومعنى هذه الأفكار ترتبط ارتباطًا منطقيًا بمعتقداتها الجوهرية وهو عدم كفاءتها.

مخطط التصور المعرفى

اسم المريضة: التاريخ:

التشخيص: المحور (١): المحور (٢):

معلومات عن الطفولة ذات علاقة
ما التجارب التى أسهمت فى تكوين المعتقد الجوهري فى مرحلة الطفولة؟

المعتقدات الجهرية

ما أهم معتقد مركزى عن نفسها؟

الافتراضات، المعتقدات - القواعد
ما الافتراض الإيجابى الذى جعلها تتعايش مع المعتقد الجوهري؟ وما
الجانب السلبى لهذا الافتراض؟

الخطط التعويضية

ما السلوك أو السلوكيات التى ساعدتها على التكيف مع معتقداتها؟

الموقف ٣	الموقف ٢	الموقف ١ ما الموقف / المشكلة؟
الفكرة التلقائية	الفكرة التلقائية	الفكرة التلقائية ما الذى دار فى عقلها؟
معنى الفكرة التلقائية	معنى الفكرة التلقائية	معنى الفكرة التلقائية ماذا تعنى الفكرة التلقائية؟
المشاعر	المشاعر	المشاعر ما المشاعر المرتبطة بالفكرة؟
السلوك	السلوك	السلوك ماذا فعلت المريضة عندئذ؟

الشكل ١٠-١ مخطط التصور المعرفى. Copy right 1993 by Judith s.Beck.

مخطط التصور المعرفي

التاريخ: ٢/٢٢

اسم المريضة: سالى

محور (٢) لا يوجد

التشخيص: محور (١) نوبة اكتئاب عظمى

معلومات عن الطفولة ذات علاقة
- مقارنة نفسها بأخيها الأكبر وزملائها
- الأم كثيرة الانتقاد

المعتقد الجوهري
- أنا غير كفاء

الافتراضات المشروطة، المعتقدات- القواعد
(إيجابية) إذا عملت بجهد شديد سأكون على ما يرام
(سلبية) أنا لا أعمل جيداً، ولذا أنا فاشلة

الخطط التعويضية
العمل بأكثر من المطلوب
- النظر إلى العيوب وإصلاحها لتحقيق المستوى المطلوب
- تجنب طلب المساعدة

الموقف ٣
التفكير في صعوبة
كتاب الرياضيات

معنى الفكرة التلقائية
أنا غير كفاء

المشاعر
حزن

السلوك
إغلاق الكتاب التوقف عن
المذاكرة

الموقف ٢
التفكير في متطلبات الفصل
الدراسي

معنى الفكرة التلقائية
أنا غير كفاء

المشاعر
حزن

السلوك
بكاء

الموقف ١
الحديث مع الزملاء عن
وضع الدرجات المتقدمة

معنى الفكرة التلقائية
أنا غير كفاء

المشاعر
حزن

السلوك
-

شكل (١٠-٢) مخطط سالى للتصور المعرفي, Copy right, 1993 by Judith beek,

PH.D

ولإكمال المربع الأعلى من المخطط نفسه، يسأل المعالج نفسه (والمريضة): كيف نشأ المعتقد الجوهري وكيف استمر؟ وما أحداث الحياة (وخصوصاً تلك التي حدثت في الطفولة) التي اختبرتها المريضة، والتي يمكن أن تكون ذات علاقة بنشأة وثبات المعتقد الجوهري؟ إن أحداث الحياة النموذجية في مرحلة الطفولة هي التي تشمل الأحداث ذات الدلالة مثل النزاع المستمر أو الدورى مع الأبوين أو أفراد الأسرة وطلاق الوالدين، والتعامل السلبي مع الأبوين والإخوة والمدرسين والزملاء وغيرهم، والتي يترك فيها الطفل ملوماً أو منتقداً أو مهملًا بطريقة أو بأخرى، وكذلك المرضى وموت الآخرين المهمين، وكذلك الاعتداء الجسدى والجنسى وأمور الحياة الأخرى المزعجة مثل النشوء فى بيئة فقيرة أو مواجهة التمييز العنصرى وما شابه ذلك.

ويمكن للمعلومات المتعلقة بالطفولة أن تكون غير دقيقة أو غير واضحة مثل إحساس الطفلة (والذى يمكن أن يكون غير صحيح) بأن الوالدين يفضلان عليها شقيقاً آخر وانتقاد الطفلة المستمر لنفسها حين تقارن نفسها بشقيقها أو إحساس الطفلة بأنها مختلفة بصورة ما أو محتقرة من أقرانها، أو إحساس الطفلة بأنها لم تكن عند حسن ظن والديها بها أو مدرسيتها أو الآخرين بصفة عامة.

وبعد ذلك يسأل المعالج نفسه (كيف استطاعت المريضة أن تتغلب على الاعتقاد الجوهري المؤلم؟) ما المعتقدات الوسطية (الافتراضات - المواقف - القواعد) التي كونتها؟

وتبدو معتقدات سالى معروضة بطريقة هيراركية فى الشكل (١٠-٣) وربما أن سالى لديها كثير من المعتقدات الوسطية، والتي يمكن أن تقسم إلى مواقف أو اتجاهات وقواعد، فإنه لمن المفيد أن تدون المعتقدات الرئيسية أو الافتراضات الرئيسية فى المربع أسفل مربع المعتقد الجوهري (انظر الفصل

السادس للتعرف على كيفية مساعدة المريضة على التعبير عن اتجاه أو افتراض أو قاعدة) وعلى سبيل المثال فلقد تكون لدى سالى افتراض إيجابى ساعدها على التكيف مع الاعتقاد الجوهري بعدم الكفاءة (إذا عملت بجهد شديد فإننى سوف أكون على ما يرام)، وكمعظم المرضى فإن سالى أيضاً لديها فرضية سلبية، وهى الجانب الآخر من العملة (إذا لم أعمل باجتهاد شديد فسوف أفشل) ومعظم المرضى ذوى التشخيص على المحور الأول فى دليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكى الرابع، يميلون إلى العمل بالفرضية الإيجابية حتى يصابوا بالمرض النفسى حيث تنتشط لديهم الفرضية وتطفو على السطح.

ولكى نكمل المربع التالى (الاستراتيجيات التعويضية) يسأل المعالج نفسه ما الخطط الاستراتيجية التى كونتها المريضة حتى تتكيف مع الاعتقاد الجوهري المؤلم؟ ولاحظ أن الفرضية العامة للمريضة تربط ما بين الاعتقاد الجوهري والخطط التعويضية. (إذا فعلت هذه الخطة التعويضية) إذن (اعتقادى الجوهري يمكن ألا يكون حقيقياً) واستراتيجيات سالى هى العمل الشاق الدؤوب، والتحصير الجيد للامتحان أو الدروس وأن تكون واعية جداً لنواحى قصورها ونقاط ضعفها، وأن تتجنب طلب المساعدة (خصوصاً فى المواقف التى يبدو فيها طلب المساعدة دليل على عدم كفاءتها). إنها تعتقد حينما تفعل ذلك أنها سوف تحمى نفسها من الفشل وظهور عدم كفاءتها (وإن عدم قيامها بذلك سوف يؤدى إلى الفشل وظهور ضعفها).

معتقد جوهرى أنا غير كفاء

معتقدات وسطية
١. مواقف واتجاهات: إنه من المرعب أن أكون غير كفاء. ٢. افتراض (إيجابي): إذا عملت باجتهاد شديد فسوف أنجح (سلبي): إذا لم أعمل باجتهاد شديد فسوف أفسل. ٣. قواعد: ينبغي دائماً أن أعمل بأقصى ما في وسعي. ينبغي أن أكون عظيمة في كل ما أفعله.
الأفكار التلقائية فى حالة الاكتئاب: لا أستطيع عمل ذلك _ هذا صعب جداً _ لا يمكن دراسة كل هذا

الشكل (١٠-٣) التسلسل الهرمى للمعتقدات والأفكار التلقائية

وقد تتخذ مريضة أخرى استراتيجيات معاكسة لتصرفات سالى مثل تجنب العمل الشاق أو تبنى أهداف بسيطة أو عدم الاستعداد وطلب المساعدة من الآخرين. فلماذا اتخذت سالى هذه الخطة الاستراتيجية، بينما اتخذت الأخرى خطة معاكسة؟ ربما منحتهم الطبيعة أساليب معرفيه وسلوكية مختلفة وفى تفاعلهم مع البيئة المحيطة تكونت لديهم معتقدات وسطية مختلفة دعمت خططهم الخاصة، وربما كان للمريضة الأخرى المفترضة بسبب تجارب الطفولة نفس المعتقد الجوهري بعدم الكفاءة، لكنها تكيفت مع ذلك بمجموعة أخرى من المعتقدات (إذا فكرت فى أهداف بسيطة ربما أكون قادرة على تحقيقها وحتى إن لم أستطع تحقيقها فإننى لن أخسر الكثير) (إذا حاولت بعض الشيء وفشلت فإننى أكون قد فشلت بسبب سوء الحظ وليس بسبب عدم كفاءتي) (إذا اعتمدت على نفسى فإننى لن أستطيع تحقيق ما أريد، ولذا فعلى الاعتماد على الآخرين).

وربما يفسر المعالج لهذه المريضة أن تكوينها الوراثى مع عوامل محيطة

منذ طفولتها المبكرة أديا إلى تبني هذه الأفكار والاستراتيجيات التكيفية، وأنه يمكن من خلال العلاج أن تستطيع أن تعدل من هذه المعتقدات وخطط التكيف حينما يثبت فشلها.

لاحظ أن الخطط التعويضية هي سلوك طبيعي، حيث إن جميع الناس قد يلجأون إليها في أوقات كثيرة، وأن الصعوبة التي يواجهها الناس في لحظات الأزمة تكمن في كثرة استعمال هذه الاستراتيجيات على حساب استراتيجيات أكثر فائدة ونفعاً. والشكل (١٠-٤) يبين بعض الاستراتيجيات التي يتبناها المرضى للتكيف من معتقداتهم الجوهرية المؤلمة.

اصطنع مشاعر عالية (اجذب الانتباه)	تجنب المشاعر السلبية
اظهر كما لو كنت غير كفؤ أو مسكيناً	حاول أن تكون كاملاً
تجنب المسؤولية	كن مسئولاً
تجنب لفت الأنظار	ابحث عن الاعتراف بك
استفز الآخرين	تجنب المواجهة
تجنب التحكم في الآخرين	حاول أن تتحكم في المواقف
تصرف بطريقة سلطوية	تصرف كطفل
ابتعد عن الآخرين ولا تسر إلا نفسك	حاول أن تسر الآخرين

شكل (١٠-٤) نموذج للاستراتيجيات التعويضية

وملخص ما سبق أن مخطط التصور المعرفي ينبغي أن يكون مفهومًا منطقيًا بالنسبة للمعالج والمريضة، وأنه قابل لإعادة التقييم والتعديل كلما وردت معلومات إضافية، وإن المعالج ليقدمه للمريضة على أنه وسيلة مفسرة صمم لجعلها قادرة على فهم ردود أفعالها الحالية تجاه المواقف والأحداث، وربما يقدم المعالج النصف الأسفل في البداية تاركًا النصف الأعلى للوقت، وحينما يتأكد له أن المريضة سوف تستفيد من معرفته. وبينما يستطيع بعض المرضى أن يكونوا جاهزين لاستخدامه عقليًا وعاطفيًا بصورة كلية، فإن هناك مرضى آخرين (خصوصًا أولئك الذين لا يكونون علاقة علاجية طيبة أو لا يعترفون بالنموذج

المعرفي) أولئك ينبغي تقديم المخطط لهم في مرحلة متأخرة من العلاج (إذا كان ضروريًا). وكما سبق ذكره فكلما يصل المعالج إلى تصور ما فإنه يطلب من مرضاه التصديق على هذا التصور أو عدم التصديق أو تعديل نظريته بالتعاون مع بعضهما البعض.

التعرف على المعتقدات الوسطية:

كيف يتعرف المعالج على المعتقدات الوسطية؟ إنه يفعل ذلك باتباع النقاط

التالية:

١. التعرف على الاعتقاد حينما يظهر في فكرة تلقائية.
٢. تقديم الجزء الأول من افتراض ما.
٣. إظهار الاتجاهات والقواعد بطريقة مباشرة.
٤. استخدام تكنيك السهم الهابط.
٥. اختبار الأفكار التلقائية للمريضة والنظر إلى عامل مشترك بينهما.
٦. مراجعة استبيان المعتقدات بعد أن تملأ المريضة.

وهذه الاستراتيجيات موضحة كالتالي:

١- يمكن للمريضة في البداية أن تعبر عن اعتقاد ما كفكرة تلقائية، وخصوصًا إذا كانت مكتئبة.

المعالج: إيه اللي دار في مخك لما رجعتك الاختبار؟

المريضة: لازم أشتغل أحسن، أنا ما أعرفش أعمل حاجة كويسة، أنا غير كفاء (معتقد جوهري).

٢- يستطيع المعالج أن يكون قادرًا على استنباط افتراض كامل بتقدير النصف الأول منه.

المعالج: يعنى أنت عندك الفكرة (أنا لازم أقعد سهرانة طول الليل أذاكر)
المريضة: أيوه.

المعالج: وإذا ماكنتيش اشتغلت بأقصى جهد ممكن على مشروع أو ورقة بحث؟
المريضة: معناها أنى ما عملتش الواجب كما يجب وهفشل.

المعالج: ياترى ده ما شى مع اللى قلناه قبل كده فى العلاج؟ يا ترى ده هو اللى
بتفكرى فيه باستمرار وهى دى طريقتك فى الحياة (إذا ما اشتغلتش كويس
جدا جدا حافشل)؟
المريضة: أيوه أفنكر كده.

المعالج: ممكن تدينى أمثلة ثانية علشان نشوف قد إيه الاعتقاد بتاعك ده؟

٣- يمكن للمعالج إظهار قاعدة ما أو اتجاه ما بطريقة مباشرة.

المعالج: يعنى مهم جدا ليكى انك تعملى كويس قوى فى عمالك التطوعى فى
التعليم؟
المريضة: آه... أيوه.

المعالج: فاكرة لما اتكلمنا فى الموضوع قبل كده لازم اشتغل كويس جدا؟ يا ترى
دى قاعدة عامة فى حياتك؟

المريضة: آه.. أنا الحقيقة ما فكرتش فى الحكاية دى قبل كده.. أنا أفنكر أن أى
حاجة أعملها لازم أعملها كويس.

٤- غالبًا ما يستخدم المعالج أسلوبًا رابعًا للتعرف على المعتقدات الوسطية
(والجوهرية):

وهو أسلوب السهم الهابط (Burns, 1980): أولاً يتعرف المعالج على فكرة

تلقائية مهمة، والتي يظن أنها تنشأ مباشرة من اعتقاد خاطئ ثم يسأل المريضة عن معنى هذه الفكرة على افتراض أن الفكرة التلقائية هي حقيقية، ويستمر فى ذلك حتى يكتشف اعتقاد أو أكثر آخرين. وبالسؤال ماذا تعنى الفكرة بالنسبة للمريضة غالبًا ما يظهر اعتقاد وسطى وبسؤالها ماذا يعنى ذلك بالنسبة لها سوف يظهر الاعتقاد الجوهري.

المعالج: كويس، علشان نلخص.. أنت سهرت إمبراح فى المذاكرة، وكنت بتشوفى كراسة الفصل، وكان عندك الفكرة "الكراسة دى معفنة وشعرتى بالحزن"؟
المريضة: صحيح.

المعالج: إحنا لسة ما شغناش إن كانت فكرتك دى صحيحة ولا لا، لكن عاوزين نشوف ليه الفكرة دى خلتنك حزينة، إيه معنى ده بالنسبة لك؟
المريضة: أنا ما عملتش شغل كويس فى الحصنة.

المعالج: كويس.. إذا كان صحيح أنك ما شغلتنش كويس قوى فى الحصنة فإيه معنى ده؟

المريضة: أنا تلميذة وحشة.

المعالج: إيه يعنى لو كنت تلميذة وحشة؟

المريضة: أنا مش كويسة ، أنا غير كفاء (معتقد جوهري):

وفى بعض الأحيان يتوقف المعالج فى مسار السهم الهابط حينما تجيب المريضة بطريقة شعورية مثل (سوف يكون ذلك مرعبًا) سأكون قلقة جدًا كما فى المثال التالي. وهنا على المعالج أن يتعاطف برفق مع المريضة، ثم يحاول معاودة المسار لكى يقلل من احتمالات أن تتفاعل المريضة بطريقة سلبية معه، ويقدم دائمًا تفسيراً لأسئلته المتكررة ويغير طريقته فى السؤال كما يلى:

إذا كان حقيقياً فماذا يعني؟
ما السيئ في ذلك؟
ما أسوأ جزء في المشكلة؟
وماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟

والمقطع التالي يبين تقديم تفسير مختصر، وكذلك تنوعاً في الأسئلة في طريقة السهم الهابط.

المعالج: من المهم أنى أفهم إيه أكثر حاجة مضايكاكى فى الموضوع ده؟ إيه يعنى لو زميلتك فى السكن أو أصدقاءك جابوا درجات أكثر منك؟
المريضة: ما أقدرش أتحمّل كدة.

المعالج: يعنى أنت متضايقه كثير، بس إيه أكثر حاجة مضايكاكى؟
المريضة: إنهم ممكن يبصولى بتعالى.

المعالج: وإيه يعنى لو بصولك بتعالى.. إيه أكثر حاجة تضايكك فى كده؟
المريضة: أنا أكره كدة

المعالج: أيوه أنا عارف إنك تضايقى جداً لو دا حصل، لكن وبعدين لو بصوا لك بتعالى؟ إيه اللى هيحصل؟
المريضة: ما أعرفش... حاجة وحشة جداً طبعا.

المعالج: هل ده يعنى حاجة بالنسبة لك؟ إذا بصوا لك بتعالى؟
المريضة: طبعا.. معناه أنى أقل منهم.. مش كويسة زيهم.

ولكن كيف يعرف المعالج متى يوقف طريقة السهم النازل؟ عموماً يكون هذا المعالج قد أظهر المعتقدات الوسطية المهمة أو المعتقدات الجوهرية حينما تظهر المريضة انعطافاً ناحية المشاعر السلبية أو حينما تبدأ فى تسمية الاعتقاد

بنفس الكلمات أو كلمات مشابهة.

المعالج: وإيه يعنى لو حسيتى إنك أقل منهم؟

المريضة: بس كده... أنا أقل أنا غير كفاء (معتقد جوهرى).

٥- طريقة خامسة للتعرف على الاعتقاد الجوهرى، وهى وجود ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية فى المواقف المختلفة: ويستطيع المعالج أن يسأل المريضة ذات البصيرة إن كان هناك تشابه بين أفكارها التلقائية أو يفترض اعتقادًا ويسألها عن رأيها فى افتراضه.

المعالج: سالى، فى مواقف مختلفة كان واضح إن عندك الفكرة (أنا ما أقدرش أعمله) أو (ده صعب جدًا على).

(أنا ما أقدرش أخلصه) يا ترى عندك اعتقاد إنك إلى حد ما غير كفاء أو

ضعيفة؟

المريضة: أيوه... أفنكر كده.. أفنكر إنى غير كفاء.

٦- طريقة سادسة للتعرف على الاعتقاد، وهو سؤال المريضة بطريقة مباشرة، فإن بعض المرضى يستطيعون التعبير عن معتقداتهم بسهولة ويسر.

المعالج: سالى.. إيه رأيك فى طلب المساعدة من الغير؟

المريضة: أوه.. طلب المساعدة هو علامة ضعف.

٧- يمكن للمريضة أن تكمل استبيانًا عن المعتقدات مثل مقياس الاتجاهات المعطلة (Weissman&Beck,1978) والمراجعة الدقيقة لبنود المقياس التى لها دلالة بالنسبة للمريض تلقى الضوء على المعتقدات الإشكالية، وأن استخدام هذا المقياس نافع إذا استخدم كوسيلة إضافية مع الوسائل السابقة.

وملخص لما سبق، فإن المعالج يستطيع التعرف على المعتقدات، سواء

الوسطية أو الجوهرية بطرق مختلفة مثل:

- النظر إلى التعبير عن الاعتقاد بالأفكار التلقائية.
- تقديم الجملة الشرطية (إذا....) لافتراض ما وطلب المريض أن يكملها.
- إظهار القاعدة مباشرة.
- استخدام طريقة السهم الهابط.
- التعرف على ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية.
- سؤال المريضة ماذا تظن أن يكون اعتقادها.
- مراجعة استبيان المعتقدات لدى المريضة.

تقرير ما إذا كان يجب تعديل الاعتقاد:

وبعد التعرف على الاعتقاد، يقرر المعالج إذا كان هذا الاعتقاد الوسطى هو مركزى أم أنه طرفي. وعموماً لكي يكون العلاج مؤثراً وفعالاً ينبغي على المعالج أن يركز على أكثر المعتقدات مركزية (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986). إن وقت المعالج ومجهوده قد يضعان في مناقشة المعتقدات الطرفية أو السطحية وهى تلك الأفكار الخارجة عن محيط الاهتمام أو التى يعتقد فيها المريض بطريقة سطحية.

المعالج: زى ما يكون إنك بتعتقدى أنه إذا لم يقبلك الناس فمعنى كده أنك أقل منهم؟

المريضة: أفكر كده.

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كده؟

المريضة: مش كثير.. يمكن ٢٠%.

المعالج: أفكر أنه لازم نشتغل فى الفكرة دى مادام اعتقادك بها بسيط إيه رأيك

نرجع للمشكلة الأساسية التي كنا بناقشها؟

وبالتعرف على اعتقاد وسطى مهم، يقرر المعالج إذا كان عليه أن يجعل هذا الاعتقاد واضح للمريضة، ويقرر إذا كان سوف يعمل على هذا الاعتقاد فى الحال أو فى جلسات مقبلة، ولكى يساعد المعالج نفسه على هذه القرارات فعليه أن يسأل نفسه:

- ما الاعتقاد؟

- ما شدة اعتقاد المريضة به؟

- إذا كان الاعتقاد شديداً ما شدة تأثيره على حياتها؟ وكيف؟

- إذا كان شديداً، هل على أن أناقشه الآن؟ هل المريضة مستعدة لمناقشته الآن؟ وهل هى قادرة فى هذه الجلسة؟ وهل تسمح أجندة اليوم بمناقشته أو أن المريضة مستعدة لأن تؤجل بعض بنود الأجندة لمناقشته؟

وعموماً فإن المعالج يمتنع عن مناقشة تعديل السلوك حتى تصبح المريضة مستعدة للتعرف على أفكارها التلقائية وتعديلها وقد تحررت من بعض أعراضها. إن تعديل الاعتقاد قد يكون سهلاً مع بعض المرضى، ولكنه أكثر صعوبة مع آخرين، وإن تعديل المعتقدات الوسطية دائماً ما يتحقق قبل تعديل الاعتقاد الجوهري حيث إن الأخير قد يكون صلباً وجامداً.

تعليم المرضى التعرف على المعتقدات:

عند التعرف على اعتقاد مهم، وبعد التأكد من أن المريضة تؤمن به بشدة، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة عن المعتقدات بصفة عامة، وذلك باستخدام اعتقاد معين كمثال. إنه يؤكد أن هناك مجموعة من المعتقدات الممكنة التى يمكن أن تكون المريضة قد تبنتها، وأن كل هذه المعتقدات مكتسبة وليست غريزية، ولذا فإنه يمكن تعديلها.

المعالج: كويس.. إحنا عرفنا بعض معتقداتك (إنه من المرعب أن أعمل بطريقة متوسطة) (على أن أعمل كل شيء كاملاً وعظيماً) (إذا عملت بأقل من أفضل ما عندي فأنا فاشلة) مدين تفتكرى تكونى اتعلمت الأفكار دي؟
المريضة: من التربية على ما أفنكر.

المعالج: تفتكرى كل واحد عنده الأفكار دي؟

المريضة: لا... بعض الناس ما يهمهمش كثير.

المعالج: ممكن تفتكرى أى حد تعرفيه ما عندوش نفس المعتقدات؟

المريضة: بنت عمى إميلي مثلاً.

المعالج: إيه المعتقدات اللي عندها؟

المريضة: أفنكر أنها بتعتقد أنه ممكن نعمل عمل نص نص، هي تحب تقضى وقت ظريف.

المعالج: يعنى أتعلمت معتقدات مختلفة؟

المريضة: أفنكر كده.

المعالج: كويس... الوحش فى الموضوع إن أنت عندك مجموعة معتقدات ما ساعدتش كثير فى أنك تكون راضية.. مضبوط؟ والحلو فى الموضوع أن المعتقدات دي أنت اكتسبتها بالتعلم ويمكن تغييرها . صحيح مش هتبقى زى إميلي على النقيض، لكن حاجة كده وسط بينك وبينها، يا ترى ده بناسبك؟

المريضة: كويس.

تغير القواعد والاتجاهات إلى صورة الفرضيات:

فى الغالب يكون من الأسهل للمرضى أن يروا الانحرافات المعرفية فى معتقداتهم الوسطية فى صورة افتراضات بدلاً من القواعد والاتجاهات، وهنا يستعمل المعالج أسلوب السهم الهابط ليؤكد معناها.

المعالج: يعنى أنت شايقة بقوة إنك لازم تعملى كل حاجة بنفسك (قاعدة)، وأنه من المرعب أنك تطلبى مساعدة من حد (اتجاه). إيه اللى يحصل لو أنت طلبت المساعدة فى عمل واجب مدرسى بدل ما تعمليه لوحدهك؟

المریضة: ده معناه أنى غير كفاء.

المعالج: قد إيه بتعتدى فى الفكرة دى دلوقتى حالاً (إذا طلبت مساعدة فأنا غير كفاء).

وهكذا، فإن التقييم لهذه الفرضية المشروطة من خلال الأسئلة أو طريقة أخرى يخلق تناقضاً كبيراً أكثر من تقييم القاعدة أو الاتجاه. إنه لمن الأسهل لسالى أن تفهم خطأ تفكيرها (إذا طلبت مساعدة فأنا غير كفاء) من القاعدة (لا ينبغي أن اطلب المساعدة).

معرفة مميزات المعتقدات وعيوبها:

إنه لمن المفيد للمريضة أن تختبر المميزات والعيوب لتبنيها اعتقاد معين، وعلى المعالج أن يجاهد فى التعليل من شأن المزايا والتضخيم من شأن العيوب (سبق وشرحنا عملية مشابهة لدراسة نفعية الأفكار التلقائية أو عدم نفعيتها فى الفصل الثامن ص....).

المعالج: إيه ميزة الاعتقاد أنك لو ما عملتيش أفضل ما يمكن فمعناه أنك فاشلة؟

المریضة: ممكن ده يخلينى أشغل أكثر.

المعالج: من الطريف أن نشوف يا ترى فعلاً أنت محتاجة للاعتقاد ده علشان:

تشتغلى أكثر. حنرجع ثانى للفكرة دى بعدين.. فيه مزايا ثانية؟

المريضة: لا ما فكرتس فيه حاجة ثانية.

المعالج: وياه العيوب اللي ممكن تكون من الاعتقاد إنك فاشلة لو ما عملتيش أفضل ما عندك؟

المريضة: أحس بالبؤس والحزن لو ما حلتس كويس قوى فى الامتحان.. وأحس بعصبية قبل أى تقديم لموضوع فى الفصل.. وما أقدرش أعمل أى حاجة ثانية بأحبها، أكرس كل وقتى للمذاكرة.

المعالج: ودا بيحرمك من أى متعة ثانية غير المذاكرة والتحضير؟
المريضة: بالتأكد.

المعالج: يعنى من ناحية، إنه ممكن أه وممكن ما تكونش دى الوسيلة الوحيدة اللي تخليكى تذاكرى كويس... ومن ناحية ثانية التفكير دا بيخليك معظم الوقت حزينة لو ما عملتيش كويس فى الامتحان وتكونى عصبية قبل التقديم، ويحرمك من متعة ثانية كثيرة، ويمنعك من أنك تعملى أى حاجة ثانية غير المذاكرة؟ مضبوط.

المريضة: أيوه.

المعالج: يا ترى دى فكرة تحبى تغييرها؟

صياغة اعتقاد جديد:

لكى يقرر المعالج استعمال إيه وسيلة لتعديل اعتقاد معين، يصنع لنفسه بوضوح اعتقادًا أكثر تلاؤمًا: إنه يسأل نفسه (ما هو الاعتقاد الذى يمكن أن يكون أكثر نفعًا وفاعلية للمريضة؟). ويبين الشكل (١٠-٥) أفكار ومعتقدات سالى الحالية والمعتقدات الجديدة التى تصورهما المعالج فى ذهنه. وعلى الرغم من أن تكوين معتقد جديد هى عملية تعاونية، فإن المعالج عليه أن يصوغ مجموعة من المعتقدات المعقولة حتى يمكنه أن يختار الوسيلة المناسبة لتغيير الاعتقاد القديم.

معتقد سالى	معتقد أكثر فاعلية
١. إذا لم أعمل جيدًا مثل بقية الناس فأنا فاشلة.	١. إذا لم أعمل جيدًا مثل الناس فأنا لست فاشلة. أنا مجرد إنسانة.
٢. إذا طلبت المساعدة فهذه علامة ضعف.	٢. إذا طلبت المساعدة حين أحتاجها فأنا أظهر مهارة في حل المشكلة (وهذه علامة قوة)
٣. إذا فشلت فى العمل / المدرسة فأنا شخص فاشل.	٣. إذا فشلت فى العمل/ المدرسة فإنه ليس انعكاسا عن شخصيتى ككل (أن شخصيتى الكلية هى ما أنا كشخص - صديقة - ابنة - قريبة - مواطنة، عضوة فى المجتمع، صفاتى الطيبة إحساسى بالآخرين، حى لمساعدة الناس) وكذلك الفشل ليس حالة مستديمة.
٤. ينبغي أن أكون قادرا على إجادة كل شىء أحاوله.	٤. لا ينبغي أن أجد أى شىء إلا إذا كنت موهوبة فى هذا المجال وأكون مستعدة لتكريس الجهد والوقت على حساب أشياء أخرى.
٥. يجب على أن أعمل بأقصى ما يمكن.	٥. يجب أن أبذل جهدا معقولا معظم الوقت.
٦. إذا لم أحقق كل إمكانياتى فأنا فاشلة.	٦. إذا فعلت أقل من أفضل ما عندى فلقد أكون قد نجحت بنسبة ٧٠%، ٨٠%، ٩٠% وليس صفر%.
٧. إذا لم أعمل بجهد ومشقة طوال الوقت فأنا فاشلة.	٧. إذا لم أعمل بجهد ومشقة طول الوقت، فإنه يمكن مع ذلك أن أحقق نجاحا معقولا وأحقق التوازن فى حياتى.

(١٠-٥) صياغة معتقدات أكثر نفعاً

والخلاصة أنه قبل أن يحاول المعالج أن يعدل من اعتقاد ما لدى المريضة، فعليه أن يتأكد من أنه اعتقاد راسخ مركزى، وأن الصياغة التى فى

ذهنه هي أكثر فاعلية وأقل جمودًا منه ويكون ذات علاقة بالمعتقد الأصلي، غير أنه يعتقد أنه يجعل المريض أكثر اقتناعًا ورضى. ولا يقم المعالج اعتقاده إقحامًا في ذهن المريض، ولكنه يقوده بطريقة تعاونية مستخدمًا الأسئلة السقراطية حتى يكون اعتقادًا بديلاً، وأنه يمكنه أيضًا أن يعلم المريضة عن طبيعة المعتقدات (أى أنها مجرد أفكار وليست بالضرورة حقائق، وأنها جاءت عن طريق التعلم ويمكن أن تتغير، وأنه يمكن تقييمها وتعديلها)، وكذلك عليه أن يساعد المريضة على تقدير المميزات والعيوب الناتجة عن التمسك باعتقاد معين.

تعديل المعتقدات:

فيما يلي مجموعة من الاستراتيجيات لتعديل المعتقدات الوسطية والجوهرية. (وسائل إضافية لتعديل المعتقدات الجوهرية توجد بالتفصيل في الفصل القادم). وبعض المعتقدات قد تتغير بسهولة، ولكنها تحتاج إلى جهد مشترك على مدار فترة من الزمن. ويستمر المعالج في الاستفسار عن مدى اعتقاد المريضة في معتقد ما (٠ - ١٠٠%) حتى يعرف إن كان يتطلب مزيدًا من العمل.

وليس في الإمكان عادة ولا من الضروري تخفيض درجة الاعتقاد إلى صفر % ولمعرفة أين تتوقف على اعتقاد أنها مسألة تقديرية. وبصفة عامة يعتبر اعتقاد ما قد ضعف بصورة كافية حينما تقر المريضة أنها تؤمن به بأقل من ٣٠% أو حينما تبدأ في تعديل سلوكها السلبي على الرغم من وجود بقايا من المعتقد، وأنه لمن المستحب للمرضى أن يحتفظوا بخط أثرى من المعتقدات التي اكتشفوها في كراستهم العلاجية، وأن الشكل العملي ينبغي أن يشمل المعتقدات العاطلة، والمعتقدات الجديدة الفعالة، وقوة كل اعتقاد معبر عنها بالنسبة المئوية كما في المثال التالي:

اعتقاد قديم: إذا لم أحقق درجات عالية فأنا فاشلة (٥٥%).

اعتقاد جديد: أنا فعلاً أكون فاشلة إذا رسبت في كل شيء (٨٠%).

وهناك واجب منزلى مثالى، وهو أن تقرأ المريضة وتعيد حساب اعتقادها يومياً فى كل المعتقدات القديمة والجديدة.

وبعض الاستراتيجيات التى تستعمل لتعديل المعتقدات هى نفسها التى تستخدم لتعديل الأفكار التلقائية، ولكن توجد بعض الطرق الإضافية، وتشمل:

١. الأسئلة السقراطية.
٢. التجارب السلوكية.
٣. المتصل المعرفى.
٤. تبادل أدوار المنطقى - العاطفى.
٥. استخدام الآخرين كنقاط مرجعية.
٦. العمل (كما لو).
٧. كشف الذات.

الأسئلة السقراطية لتعديل الاعتقاد: Socratic questioning to modify beliefs:

كما هو مبين فى الحوار التالى، يستعمل المعالج نفس نوع الأسئلة لاختبار معتقدات سالى، والتى استخدمها فى اختبار أفكارها التلقائية. وحتى عندما يتعرف على اعتقاد عام فإنه يساعدها على أن تقيمه فى إطار مثال معين، وهذا التخصيص يساعد على أن يكون التقويم أكثر عيانية وذات معنى وأقل تجريدية وأكثر عقلانية.

المعالج: (ملخصاً لما تعلمناه من استخدام طريقة السهم الهابط) يعنى أنت بتعتقدى بنسبة ٨٠% أنك لو طلبت مساعدة معناها أنك غير كفاء صحيح؟

المريضة: نعم.

المعالج: ممكن تكون فيه طريقة ثانية للنظر فى الموضوع ده؟ معنى ثانى لطلب المساعدة؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: خذى العلاج كمثل، يعنى انت مش كفاء علشان طلبتى مساعدتى هنا؟

المريضة: شوية، ممكن.

المعالج: آه.. دا مهم بالنسبة لى علشان أنا شايف العكس تمامًا، أنا شايفة علامة القوة والثقة بالنفس أنك جيتى تطلبى العلاج؟ إيه اللي كان ممكن يحصل لو أنت ما جتيش للعلاج؟

المريضة: كان زمانى لسة بأشد اللحاف على راسى وما أروحش الدروس.

المعالج: تفكرى أنك لما تطلبى المساعدة المطلوبة، لما تكونى مكتتبة أفضل ولاً تفضلى مكتتبة أفضل؟

المريضة: أيوة.

المعالج: خلىنا نفترض أن فيه طالبتين مكتتبتين: واحدة طلبت العلاج، والثانية رفضت أى مساعدة علاجية بس فضلت مكتتبة، تفكرى مين اللي أكثر كفاءة؟

المريضة: طبعًا اللي طلبت العلاج.

المعالج: إيه رأيك فى موقف ثانى أنت ذكرتيه - شغلك التطوعى - ثانى، عندنا طالبتين ودى أول سنة تدريبية لهم، ومش متأكدين حيدرسوا كويس ولا لأ لأن معندهم مش خبرة، واحدة طلبت المساعدة والثانية لا لكنها ظلت تحاول، مين فى رأيك أكثر كفاءة؟

المريضة: (بتردد) اللي طلبت المساعدة.

المعالج: متأكدة؟

المريضة: (نفكر لحظة) طبعًا دى مش شطارة أن نحاول وبس لو فيه طريقة لطلب المساعدة ونكون أحسن.

المعالج: قد إيه بتعتدى فى كدة؟

المریضة: كثیر حوالى ٨٠%.

المعالج: ویا ترى الموقفین دول- العلاج - والتدریس ینطبقوا على حالتك؟

المریضة: أفنكر كدة.

المعالج: إيه رأيك تكتبى حاجة عن الكلام ده.. خلینا نسمى الفكرة الأولى (الاعتقاد القديم) ودلوقتى نقولى إيه على الفكرة دى؟

المریضة: إذا طلبت المساعدة فأنا غیر كفاء.

المعالج: خلینا نقول إنك اعتقدت بنسبة ٩٠% قبل كدة.. اکتبى ٩٠% جنبها.. ودلوقتى إيه درجة اعتقادك فى الفكرة دى؟

المریضة: أقل كثیر. ممكن ٤٠% .

المعالج: کویس اکتبى ٤٠% جنب ال ٩٠%.

المریضة: (تفعل ذلك).

المعالج: دلوقت اکتبى.. الاعتقاد الجدید.

المریضة: إذا طلبت المساعدة فلیس معنى هذا إن أنا غیر كفاء.

المعالج: ممكن تکتبى كدة.. أو إيه رأيك تکتبى (إذا طلبت المساعدة الضرورية فهذا دلیل على كفاءتى)؟

المریضة: آیوة.. (تکتب ذلك).

المعالج: قد إيه درجة اعتقادك فى الاعتقاد الجدید دلوقت؟

المریضة: كثیر (نقرأ ونأمل الاعتقاد الجدید) ممكن ٧٠ إلى ٨٠% (نکتب ذلك).

المعالج: سالى إحنا هنرجع ثانى للمعتقدات دى بعدین، إيه رأيك فى الواجب تعملى

حاجتين؟ أولاً.. تقرأى الاعتقادات دى كل يوم وتقدرى قد إيه بتعتقدى فيهم، يعنى تكتبى النسبة جنب الاعتقادات نفسها.

المريضة: كويس.

المعالج: كتابة مقدار الاعتقاد هيخليكى تفكرى فيهم بجد، علشان كدة ما قلتش ليكى أقرأهم ويس.

المريضة: ما شى (تكتب الواجب).

المعالج: ثانياً: ممكن تشوفى أى موقف ثانى الأسبوع ده تكونى عاوزة مساعدة حد؟ وبعدين تخيلى نفسك مؤمنة بالاعتقاد الجديد ١٠٠%، وهو أن طلب المساعدة الضرورية هو علامة على الكفاءة، ولما تلاقى فيه أى موقف عاوزه فيه مساعدة تكتبى الكلام ده.

المريضة: ما شى.

فى المقطع السابق، يستخدم المعالج الأسئلة السقراطية، ليساعد سالى على التعرف على معتقد وسطى وتقييمه؛ فهو يرى أن الأسئلة المقننة عن فحص الدليل وتقييم النتيجة سوف يكون أقل فاعلية من جعل سالى تفكر فى (رؤية بديلة). إنها أسئلة أكثر تحريضية وأقل حيادية من عملية تقييم أفكار أكثر طواعية على مستوى الأفكار التلقائية. وإن سؤاله إياها بأن تفعل ذلك كواجب منزلى سوف يساعدها على الاستمرار فى التفكير بصفة يومية فى الافتراضات المعطلة والاعتقادات الجديدة.

التجارب السلوكية لفحص المعتقدات:

Behavioral Experiments to Test Beliefs:

وكما هو الحال فى تقييم الأفكار التلقائية يستطيع المعالج أن يساعد

المریضة على تصمیم اختبار سلوكی لاختبار فاعلیة المعتقد (انظر الفصل الثانی عشر ص...). والتجارب السلوكیة المصممة جیذاً یمكنها تعديل اعتقاد المریض أكثر من الطرق الشفهیة فی مكتب المعالج.

المعالج: کویس یا سالی.. إنا اتعرفنا على معتقد ثانی (إذا طلبت المساعدة فسوف یستهین بی الآخرين) وأنا فی الحقیقة ما قللتش من شأنك ولا استهنت بیکی.. صح؟

المریضة: لا. طبعاً ما حصلش. بس دی شغلتك إنك تساعد الناس.

المعالج: مضبوط، لكن هیكون مفید جداً إن نشوف ناس ثانیة یا ترى زبی ولا لأ.. إزای هنعرف یا ترى؟

المریضة: نطلب المساعدة من الناس ونشوف.. أفتكر كدة.

المعالج: مین اللی هتطلبی منه وأی نوع من المساعدة؟

المریضة: آآآ.. مش عارفة.

المعالج: إیه رأیک نعمل لسنة للاحتتمالات؟ أنا الأول هابدأ باللسنة یمكن ده یفكرک بحد ویحفز أفكارك؟ وبعد ما نكتب اللسنة، تقدری تقرری مین اللی هنجرب معاه الفكرة.

المریضة: کویس.

المعالج: ممکن تطلبی من زمیلتك فی السكن.

المریضة: آیوه.. فی الحقیقة أنا فعلاً عملت كده، وممكن أطلب من مسئولة السكن بعض المساعدات.

المعالج: إیه رأیک فی المسئول الأكادیمی؟

المریضة: آه.. آه.. أنا ممكن أطلب من أخویا، لا لا أنا مش هاطلب من زمیلتی

فى السكن أو أخويا علشان أنا عارفة أنهم مش هيحتقرونى .

المعالج: آه... يعنى عارفة أن فيه بعض الاستثناءات؟

المريضة: نعم.. لكن بيتهيالى.. أروح لمسئولة السكن.. ما أعرفش! وبالنسبة للمسئول الأكاديمى الحقيقة هاحس أنى مضحكة لو رحت له. أنا الحقيقة مش عارفة أنا هاتخصص فى إيه.

المعالج: جميل.. دى هتكون تجربة لطيفة، ممكن تروحي له وتسأليه أن يساعدك فى اختيار التخصص لأن دى شغلته.

المريضة: حقيقى.

المعالج: يعنى كده هنضرب عصفورين بحجر واحد: اختبار الاعتقاد (بأن طلب المساعدة بجعل الآخرين يقللون من شأنى) وكمان يساعدك على اختيار تخصصك.. إيه رأيك؟

المريضة: بيتهيالى أقدر.

المعالج: جميل... يعنى أنت تحبى تشوفى الاعتقاد (إذا طلبت المساعدة من أحد فسوف يحقرنى) هتقدرى تختبرى الاعتقاد إزاي الأسبوع ده؟

فى الفقرة السابقة، يقترح المعالج تجربة عملية لاختبار اعتقاد ما، وحينما يستشعر ترددًا من جانب المريضة فإنه من المحتمل أن يسألها عن مدى استعدادها لذلك وأى نوع من التجارب يمكن أن تجربها، وما هى المشاكل العملية التى تقف فى طريقها، ويمكنه أن يجعلها تعيدها بطريقة خفية (انظر الفصل الرابع عشر) لكى يزيد من احتمالات الاستمرارية. وإذا رأى المعالج أن هناك إمكانية للتقليل من شأنها من قبل الآخرين فإنه يسألها عن معنى ذلك بالنسبة لها، وكيف يمكن أن تتكيف إذا حدث ذلك. ويمكنه أيضا أن يسأل سالى أن تصف له هذا التقليل من شأنها أو الاستهانة حتى يتأكد أن سالى ربما تفهم الآخرين بطريقة ليست دقيقة،

فيمكن أن تفسر أى تصرف كأنه احتقار لها بينما لا يكون الأمر كذلك.

المتصل المعرفى لتعديل السلوك:

Cognitive Continuum to Modify Beliefs:

ويستخدم هذا تكتيك لتعديل كل من الأفكار التلقائية والمعتقدات، والتي تعكس التفكير الإستقطابي (أى حينما يرى المريض الأمور بمقياس الكل أو لا شيء) فسالى تعتقد - على سبيل المثال - أنها إن لم تكن طالبة متفوقة فوق العادة، فإنها تكون فاشلة. وبناء متصل معرفى لهذا المفهوم بسؤال يسهل تعرف المريضة على المنطقة الوسطى كما يوضح الحوار التالى:

المعالج: كويس... أنت بتعتقدى بقوة أنك لو مكنتيش طالبة متفوقة فأنت فاشلة، خالينا نشوف ده شكله إيه على الرسم (يرسم خطأ مستقيماً)

رسم تخطيطى أولى للنجاح

صفر % نجاح ٩٠ % ١٠٠ % نجاح

طالب متفوق

سالى

المعالج: دلوقت الطالب المتفوق حيروح فين؟

المريضة: هنا، اتهاى لى ٩٠ - ١٠٠ %.

المعالج: كويس.. وأنت فاشلة.. يعنى أننى صفر % نجاح؟!

المريضة: أفنكر كدة.

المعالج: يعنى بتقولى إن ٩٠ % فأقل يساوى فشل؟

المريضة: ممكن لا.

المعالج: كويس.. إمتى يبدأ الفشل؟

المريضة: حوالي ٥٠% أفكر.

المعالج: ٥٠% ، يعنى أى حد أقل من ٥٠% هو فاشل.

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: دلوقت، فيه أى حد ثانى يكون أكثر واقعية ينتمى إلى صفر % أكثر منك؟

المريضة: ممكن يكون جاك اللي فى فصل الاقتصاد بتاعى. أعرف أنه أضعف منى بكثير.

المعالج: كويس.. حتى جاك فى نقطة صفر % ، لكن نفسى أعرف إن كان فيه أى حد أسوأ من جاك؟

المريضة: محتمل.

المعالج: يعنى مفهوم أن فيه حد بيرسب فى كل امتحان، وده يخيلنا نخط جاك فين؟ ويخيلنا نخطك فين؟

المريضة: ممكن جاك يكون عند النقطة ٣٠% ، وأنا عند ٥٠%.

المعالج: دلوقت إيه رأيك فى شخص بيفشل فى كل حاجة ، وعمره ما رفع إيداه فى الفصل أو يقرأ أى حاجة أو يحاول فى أى ورقة بحث.

المريضة: أفكر دا لازم يكون فى نقطة الصفر %.

المعالج: وده يخيلنا فين نخط الطالب اللي بيحاول لكن ما ينجحش؟

المريضة: ممكن نخطه فى ١٠%.

المعالج: وده يخيلنا نخطك فين أنت وجاك؟

المريضة: جاك ممكن يطلع لنقطة ال ٥٠% وأنا عند ٧٥%.

رسم مراجعة النجاح والفشل

%٠ %١٠ %٥٠ %٧٥ %٩٠ - %١٠٠

طالب لا يعمل شيئاً
طالب يحاول ولكنه يرسب
جاك
سالى
طالب متفوق جدا

المعالج: إيه رأيك تشوفى كواجب منزلى إذا كانت حتى ال %٧٥ دى دقيقة؟ وحتى لو كان ده بالنسبة للمدرسة دى، ربما للمدارس والطلبة على العموم، أنت ممكن تكونى على مستوى أعلى من كده، وعلى أى حال إيه رأيك فى اللى بيسمى فشل على مستوى طالبة %٧٥؟

المريضة: مش صح.

المعالج: ممكن على أسوأ الفروض تقولى أنا ناجحة بنسبة %٧٥.

المريضة: أيوة.. (تبتهج بوضوح)

المعالج: كويس.. علشان نرجع ثانى لفكرتك الأصلية، بتعتقدى دلوقت أنك لو ما كنتى متفوقة فأنت فاشلة؟

المريضة: مش كثير زى الأول، ممكن %٢٥.

المعالج: جميل.

إن طريقة المتصل المعرفى غالباً ما تكون نافعة إذا كانت المريضة تتبنى النمط الفكرى الاستقطابى. وكما فى كل الوسائل، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة أن تستخدمها بنفسها، حتى يمكن استخدامها عند اللزوم.

المعالج: سالى... خلينا نراجع اللى عملناه هنا، إحنا عملنا خط رقمى علشان نشوف هو صحيح فيه حاجتين بس النجاح والفشل، ولأمن الأفضل أن إحنا نحط درجات للنجاح ممكن تفكرى فى أى حاجة ثانية أنت تعتقدى أنها بس أبيض وأسود تكون شغلاكى؟

لعب دور المنطقي – العاطفي Rational-Emotional Role Play:

وتسمى هذه الطريقة أيضًا النقطة والنقطة المقابلة (Young, 1990)، وتستخدم هذه الطريقة بعد أن يكون المعالج قد حاول بطرق أخرى كالتى ذكرت آنفاً فى هذا الفصل. إنه مفيد بصفة خاصة حينما تقول المريضة إنها عقلياً يمكنها أن ترى هذا الاعتقاد معطلاً ولكنها شعورياً مازالت تحس به، ويقدم المعالج أولاً تبريراً لكى يطلب من المريضة أن تلعب دور الجزء العاطفي فى عقلها، والسدى يصادق بقوة على المعتقد الخاطئ، بينما هو -أى المعالج - يلعب دور الجزء المنطقي العقلانى. وفى الجزء الثانى يتبادلان الأدوار. لاحظ أنه فى كلا الجزئين يتكلم كل من المعالج والمريضة كأنهما المريضة؛ أى أن كليهما يستخدم الضمير (أنا).

المعالج: واضح من كلامك إنك لسة بتعتدى إنك مش كفاء لأنك معملتيش زى السنة اللى فانت أو زى ما أنت عاوزة.

المريضة: أيوه

المعالج: أنا عاوز أفهم الدليل اللى أنت بتعتدى إنه يؤيد اعتقادك؟

المريضة: ما شى.

المعالج: اللى عاوز أعمله أن إحنا نمثل أدوار. أنا حالعب الجزء المنطقي فى عقلك اللى بيقول مش معنى أنك ما حصلتيش على (As) فى كل المواد أنك مش شاطرة، وأنا عاوزك تلعبى الجزء العاطفي فى عقلك، الصوت اللى جواكى وبيقولك إنك غير كفاء. وعاوزك تجادلينى بأكثر ما يمكنك، علشان أقدر أشوف إيه اللى مثبت الاعتقاد عندك، ماشى؟

المريضة: ماشى.

المعالج: كويس.. ابدئي، قولي، أنا غير كفاء علشان ما جبتش (As) فى كل المواد

المريضة: أنا مش كفاء علشان ما جبتش (As) فى كل المواد.

المعالج: لا.. أنا مش وحشة، أنا عندي اعتقاد أنى غير كفاء، لكن أنا كفاء معظم الوقت.

المريضة: لا.. أنا مش كفاء، أنا لو كنت كفاء (شاطرة) فعلاً كنت جبت (A) فى كل المواد. فى الفصل الأخير.

المعالج: دة. مش حقيقى، الكفاءة مش معناها الكمال الأكاديمى. إذا كان ده صحيح يبقى ١% فقط من الطلبة أكفاء، والباقى كله خايب.

المريضة: أنا جبت (C) فى الكيمياء وده معناه أنى خايبة.

المعالج: وده كمان مش صح، لو أنا رسبت فى الفصل ده كنت أقول أنا خايبة. أنا إن كنت راسبة فى الكيمياء مش معناه أنى خايبة فى كل حاجة وحتى فى الكيمياء أنا رسبت علشان كنت مكتتبه وما كنتش مذاكرة كويس علشان ما كنتش أقدر أركز.

المريضة: لكن الشخص الكفاء عمره ما يكون مكتتبه.

المعالج: فى الحقيقة.. أكثر الناس كفاءة ممكن يكتتبوا، ما فيش علاقة، ولما يصابوا بالاكنتاب، أكيد تركيزهم بيقل، وشغلهم كمان بيتأثر، وده مش معناه أنهم غير كفاء.

المريضة: ممكن الكلام صح، هم بس مكتتبين.

المعالج: أنت صح، لكن أنت -خارج الدور- عندك دليل ثانى أنك غير كفاء.

المريضة: لا... بيتهالى لا.

المعالج: إيه رأيك نتبادل الأدوار دلوقت، والمرة دى تلعبى أنت دور (المنطقي) اللى هيحاول ينقد دورى (العاطفى)؟ وحنستخدم نفس الحوار.

المريضة: ما شى.

المعالج: أنا هابدأ: أنا غير كفاء علشان ما جببش كله (As).

إن تبادل الأدوار يعطى المريضة الفرصة لى تدعم الجدل المنطقي الذى صورته المعالج للتو، ويستخدم المعالج المنطق العاطفى نفسه الذى استخدمته المريضة، بل يحاول أيضًا أن يستخدم الألفاظ نفسها؛ فباستخدام ألفاظ المريضة نفسها وعدم إقحام أية مواد جديدة سوف يساعد المريضة لى تستجيب بدقة لما يعينها.

وإذا لم تستطع المريضة أن تظهر استجابة ملائمة بينما هى تلعب الدور المنطقي، يمكن لهما أن يتبادلا الأدوار مؤقتًا، أو يوقف اللعبة، ويناقشا أسباب التعثر. وكما هو الحال فى كل وسائل تعديل المعتقدات يقيم المعالج فاعلية الطريقة ودرجة احتياج المريضة لبذل مزيد من العمل فى هذا المعتقد، ويمكنه أن يعرف ذلك بسؤال المريضة عن درجة اعتقادها بعد هذا التكنيك. ويجد معظم المرضى أن هذه الطريقة نافعة، وقليل منهم لا يشعر بارتياح إزاء هذه الطريقة. وكما هو الحال مع أى تكنيك فإن قرار استعماله ينبغى أن يكون بالتعاون بين المعالج والمريضة. ولأن هذا التكنيك يعتمد أساسًا على الجدل أكثر من بقية الطرق، فإن على المعالج أن يتوخى الحذر لئلا تعتبر المريضة ذلك تحديًا، وعليه أن يلاحظ انفعالاتها غير اللفظية خلال لعب الأدوار، وعليه كذلك أن يتأكد أن المريضة لا تشعر بأنها منتقدة لأنه يعلى من شأن المنطقي على العاطفى.

استخدام الآخرين كنقاط مرجعية فى تعديل الاعتقاد

Using Other People as Reference Point in Belief Modification

حينما يفكر المرضى فى معتقدات الآخرين فإنهم يتباعدون نفسيًا عن

معتقداتهم، وحينئذ يبدأون برؤية التناقض بين ما يرونه صحيحًا أو حقيقيًا في أنفسهم وبين ما يرونه أكثر موضوعية في الآخرين ومما يلي أربعة أمثلة لاستخدام الآخرين كنقاط مرجعية للوصول إلى هذا التباعد.

المثال الأول:

المعالج: سالى، أنت قلت الأسبوع اللى فات، أنك بتعتدى إن بنت عمك إمبلى لها اعتقاد مختلف عن عمل كل شىء كامل.

المریضة: أيوه.

المعالج: ممكن نقولى رأيك فى اعتقادها ده فى كلمات؟

المریضة: هى بتعتقد أنها مش لازم تعمل كل حاجة كاملة مية فى المية. هى بصراحة راضية عن نفسها مهما كانت الظروف.

المعالج: تفنكرى هى صح ؟ إنها مش لازم تعمل الحاجة كاملة علشان ترضى عن نفسها؟

المریضة: آه. نعم.

المعالج: تفنكرى أنها غير كفاء تمامًا.

المریضة: لا.. ممكن تكون ما بتجيبش درجات عالية، لكنها بالتأكيد كفاء.

المعالج: مش عارف هل ممكن (اعتقاد) إمبلى ينطبق عليكى (إذا لم أفعل كل شىء عظيمًا فأنا مازلت شخصًا كفيًا)

المریضة: آه.. آه.

المعالج: فيه حاجة ثانية تظلى إمبلى شخصية كويسة وكفاء حتى لو عملت نص نص والحاجة دى مش عندك؟

المريضة: (نفكر لحظة) لا، ما أفكرش، أنا الحقيقة ما فكرتش فيها قبل كدة.
المعالج: قد إيه أنت بتعتقدى فى الاعتقاد الجديد (إذا لم أفعل كل شيء كاملاً، فأنا
ما زلت كفتاً)

المريضة: أكثر من الأول يمكن ٧٠%.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الاعتقاد الجديد؟ وابدأى اكتبى الدلائل الللى تؤيد هذا
الاعتقاد.

عند هذه النقطة، يمكن للمعالج أن يقدم استمارة المعتقد الجوهري (يوصف
فى الفصل الحادى عشر)، والذى يمكن أن يستخدم لكل من المعتقدات الجوهريّة
والوسطية.

المثال الثانى:

ثمة طريقة أخرى لمساعدة المريضة على تعديل اعتقاد جوهري أو
وسطى هو جعلها تعرف شخصاً آخر يؤمن تقريباً بنفس الاعتقاد المعطل الذى
تتبناه هى.

وفى بعض الأحيان يمكن للمريضة أن ترى الخلل فى معتقدات الآخرين
وتطبق هذا الاستبصار على نفسها، وهذا التكنيك مشابه لسؤال سجل الأفكار
التلقائية (السات) (إذا صديق كان فى هذا الموقف وله نفس الفكرة فماذا نقول له أو
لها؟).

المعالج: هل تعرفى حد ثانى له تقريباً نفس الاعتقاد ده (إذا لم أعمل بجهد شديد
فسوف أفضل)؟

المريضة: أنا متأكدة أن صديقتى دونا من المدرسة العليا ممكن تكون كدة لأنها
بتذاكر ليل ونهار.

المعالج: قد إيه أنت متأكدة أن عندها نفس الاعتقاد؟

المريضة: أوه.. على الإطلاق.. دى ذكية جدًا، يعنى ممكن ما تفشلش حتى لو حاولت.

المعالج: هل من الممكن أنها بتعتبر أى حاجة أقل من (A) هو فشل؟

المريضة: أيوه.. أنا أعرف عنها كدة.

المعالج: وأنت موافقة معاها أنها لو جابت (B) تبقى فاشلة؟

المريضة: لا.. بالطبع لا.

المعالج: وإزاي أنت شايقة الكلام ده؟

المريضة: إذا جابت (B) فهى درجة كويسة، مش أحسن حاجة بس مش فشل.

المعالج: إيه الاعتقاد اللي تحبى إنها تتبناه؟

المريضة: إنه كويس قوى أنك تشتغلى جامد وتحاولى تجيبى (A)، لكنها مش نهاية العالم لو ما جبتيش، وده مش معناه أنك فاشلة.

المعالج: وإزاي الكلام ممكن ينطبق عليكى؟

المريضة: أم م م.. أفكر كله ينطبق علىّ هو نفسه.

المعالج: ممكن تقولى إيه هو اللي نفسه؟

المريضة: أنه إذا ما جبتيش فى كل حاجة (A) مش معناها أنى فشلت، وما زلت أعتقد أن لازم أذاكر كويس.

المعالج: كويس.. بالتأكيد جميل أن تحبى تشتغلى جامد وبإخلاص المشكلة فى جزئية (إنك لو مكنتيش كاملة مية فى المية فأنت فاشلة).

المثال الثالث:

ويمكن للمعالج أيضًا أن يلعب دورًا مع المريضة، وفيه يسألها أن تقتنع شخصًا آخر يؤمن بنفس الاعتقاد أنه غير فعال بالنسبة للشخص الآخر.

المعالج: سالي.. أنت قلتى إن زميلتك فى السكن برضه مش عاوزة تروح للأستاذ وتطلب المساعدة ليفتكر إنها خايبة ومش مستعدة؟

المريضة: نعم.

المعالج: هل أنت متففة معاها فى كدة؟

المريضة: لا.. ممكن تكون غلطانة، حتى هو لو انتقدها، مش معناها أنه صح؟

المعالج: ممكن نحاول نمثل الحكاية دي؟ أنا هلعب دور زميلتك وأنت حاولى تقنعينى أنى أتخلى عن الاعتقاد الخاطئ ده.

المريضة: ما شى.

المعالج: أنا هابدأ. سالى أنا مش فاهمة الدرس ده. يا ترى أعمل إيه؟

المريضة: روى للأستاذ.

المعالج: لا.. ما أقدرش أعمل كده. هيفتكر أنى بليدة، وحيفتكر أنى باضيع وقته.

المريضة: إيه.. دى شغلته أنه يساعد الطلبة.

المعالج: لكن ممكن ما يحبش الطلبة يضايقوه.

المريضة: نعم.. ما دا اللى بياخذ مرتب عليه، الأساتذة الكويسين يحبوا يساعدوا الطلبة، لو هو مش بيحب كده. معناه أنه العيب فيه مش فيكى.

المعالج: حتى لو ما عندوش مانع يساعدينى، هيعرف أنى ملخبطة.

المريضة: كويس.. طبعًا هو مش متوقع إنك عارفة كل حاجة وإلا ما كنتيش رحتى له.

المعالج: ولو افكر أنى بليدة؟

المريضة: أولاً.. لو أنت غيبة ما كنتيش هتبقى هنا من أصله؟ وثانياً لو هو فاكر إنك عارفة كل حاجة يبقى غلطان، ماكانش لازم تحضرى الكورس بتاعه خالص.

المعالج: لسه بأفكر أن مش لازم أروح.

المريضة: لا. لازم تروحي، أوعى تخلى موقفه المتغطرس ده يخليكى فاكره أنك بتفرضى نفسك أو أنك غيبة، أنت مش كده خالص.

المعالج: كويس.. أنا اقتنعت - بره الدور -.. قد إيه الكلام اللي قولتيه لصاحبتك ده بينطبق عليكى؟

المثال الرابع:

بعض المرضى يمكن لهم الابتعاد عن أفكارهم ومعتقداتهم باستخدام أطفالهم كنقاط مرجعية أو يتخيلون أن لهم أطفالاً.
المعالج: سالى.. أنت بتعتدى ٨٠% أنك لو ما شتغلتيش أحسن من أى حد ثانى فأنت فاشلة؟

المريضة: أبوة.

المعالج: ممكن تتخيلي إن عندك ابنه؟ هى عمرها ١٠ سنوات وفى الصف الخامس، مرة رجعت البيت متضايقة جدا جدا علشان واحدة صاحبته جابت (A) وهى جابت (C). هل عاوزاها تفكر أنها فاشلة؟

المريضة: لأ.. طبعاً لأ.

المعالج: ليه لأ.. عاوزاها تفكر إزاي؟ (المريضة تستجيب) قد إيه اللي أنت قلتيه دلوقت ينطبق عليكى؟

العمل بقاعدة (كما لو) : Acting as if

إن التغيير فى الاعتقاد غالباً ما يصاحبه تغيير فى السلوك. والتغيير فى السلوك بدوره يؤدى إلى تغيير الاعتقاد. وإذا كان الاعتقاد ضعيفاً فإن المريضة يمكنها أن تغير سلوكاً ما بسهولة وبدون تدخل علاجى معرفى، ولكن كثيراً من المعتقدات تتطلب تعديلاً قبل أن تستطيع المريضة أن تتغير سلوكياً، إلا أنه فى معظم الأحيان فإن الأمر يتطلب فقط بعض التعديل فى الاعتقاد وليس تغييراً شاملاً. وحالما تبدأ المريضة فى تغيير سلوكها تصبح المعتقدات نفسها ضعيفة (مما يجعل الاستمرار فى التغيير أكثر سهولة، وهذا بدوره يضعف الاعتقاد... وهلم جرا).

المعالج: سالى.. قد إيه بتعتدى دلوقت.. أنك لو طلبتى المساعدة فدى علامة ضعف.

المريضة: مش كثير زى الأول.. ممكن ٥٠%.

المعالج: ده تخفيض كويس.. ممكن يكون مفيد لك أنك تتصرفى كما لو كان معندكيش الاعتقاد ده؟

المريضة: مش فاهمة تقصد إيه؟

المعالج: لو كنت لا تعتدى أن دى علامة ضعف أو لو كنت تعتدى أنه أفضل أنك تطلبى المساعدة، يا ترى ممكن تعملى إيه الأسبوع ده؟

المريضة: إحنا كنا بنتكلم عن اللجوء لمساعدة الأستاذ، حقيقى لو أنا بأعتقد أنه من الأفضل طلب المساعدة ببقى أنا هاروح له.

المعالج: فى حاجة ثانية؟

المريضة: أنا يمكن أحاول أشوف مدرس للاقتصاد.. وممكن أستلف مذكرات من الطالب اللى تحت.

المعالج: كويس.. كويس خالص. وإيه النتائج الإيجابية اللي ممكن تحصل لو نفذت الكلام ده؟

المریضة: (تضحك) ممكن أحصل على المساعدة اللي عاوزاها.

المعالج: ممكن تتصرفي الأسبوع ده، كما لو كنت معتقدة (أنه من الأفضل أنك تطلبي المساعدة)؟

المریضة: ممكن.

المعالج: فى دقيقة، هحاول نشوف إيه الأفكار اللي ممكن تقابلك، لكن الأول ممكن تاونى الكلام ده، وعاوزك تكتبى الطريقة علشان تستمرى؟ اتصرفى كما لو كنت بتعتدى الاعتقاد الجديد، حتى لو ماكنتيش مقتنعة تمامًا.

تتطبق هذه الطريقة بنفس القدر على المعتقدات الجوهرية كما هو الحال فى التكتيكات أو الطرق السابقة.

استخدام كشف الذات لتعديل المعتقدات

Using Self Disclosure to Modify Beliefs

إن الكشف المناسب والحكيم عن ذات المعالج يمكن أن يساعد بعض المرضى أن يروا مشاكلهم ومعتقداتهم بطريقة مختلفة، وينبغى أن يكون كشف الذات حقيقياً وذات دلالة.

المعالج: أنت عارفة يا سالى، لما كنت فى الجامعة، كان عندى برضه مشكلة شوية إنى أروح للأستاذ أطلب مساعدة علشان ما يكتشفش جهلى وأقولك بصراحة أنا رحى كم مرة، وفى كل مرة كنت باطلع بنتائج مختلفة. ساعات كان الأساتذة ممتازين ولطاف، ومرة أو مرتين فاكر رحى لأستاذ وكان فظ وغلس، يومها قالى، اقرأ الفصل تانى. النقطة إنه مش معنى إنى مش فاهم درس إنى غير كفاء، والأساتذة الغلسين فى الحقيقة يكون العيب

فيهم مش فيه، إيه رأيك؟

والخلاصة أن المعالج يساعد المريضة على التعرف على المعتقدات الوسطية، وذلك حين يظهر الاعتقاد كفكرة تلقائية، أو بتقديم جزء من افتراض أو الهابط أو النظر إلى تيمات مشتركة بين أفكار المريضة التلقائية أو بملاء استبيان عن المعتقدات بواسطة المريضة، ثم يقرر المعالج بعد ذلك أهمية هذا الاعتقاد بالسؤال عن شدة اعتقاد المريضة به ومدى تأثيره على مشاعرها وسلوكها، ثم يقرر بعد ذلك إن كان عليه أن يبدأ مهمة تعديل هذا الاعتقاد في نفس الجلسة أو في جلسة قادمة. وعند البدء في عملية تعديل السلوك، يعلم المعالج مريضته عن المعتقدات وتغير القواعد والاتجاهات إلى افتراضات واكتشاف الميزات والعيوب لاعتقاد ما، ثم يصوغ اعتقاداً جديداً صياغة عقلية، ثم يقود المريضة في اتجاه الاعتقاد الجديد مستخدماً كل وسائل تعديل الاعتقاد، والتي تشمل الأسئلة السقراطية والتجارب السلوكية، والمتصل المعرفي، ولعب الأدوار العاطفي- المنطقي واستخدام الآخرين كنقاط مرجعية، والعمل ب "كما لو" وكشف الذات. وهذه الوسائل غالباً ما تكون أكثر تحريماً من الأسئلة السقراطية المستخدمة مع الأفكار التلقائية؛ لأن المعتقدات تكون أكثر رسوخاً، وهذه الوسائل كلها يمكن أن تستخدم مع المعتقدات الجوهرية.

الفصل الحادى عشر

المعتقدات الجوهرية

إن المعتقدات الجوهرية - كما ورد فى الفصل الثانى - هى أكثر أفكار الإنسان مركزية عن النفس. ويشير بعض علماء النفس إليها بالمخططات (أو المنظومات المعرفية) SCHEMAS، ويفرق بيك (Beck, 1964) بين الاثنتين بأن المخططات هى تركيبات معرفية فى عقل الإنسان، وأن محتويات هذه التركيبات هى المعتقدات الجوهرية، ويرى بيك أن المعتقدات الجوهرية السلبية تنقسم إلى مجموعتين كبيرتين: الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز helplessness، والثانية ترتبط بالإحساس بعدم الحب Unlovability، ويتبنى بعض المرضى معتقدات جوهرية تنتمى إلى إحدى هاتين المجموعتين أو كليهما.

وتنشأ هذه المعتقدات فى الطفولة؛ حيث يتفاعل الطفل مع الآخرين فى حياته، ويواجه مواقف مختلفة، ويتبنى معظم الناس - فى أغلب أوقات حياتهم - معتقدات جوهرية إيجابية إلى حد ما (مثل: أنا أستطيع التحكم فى حياتى بصفة عامة، أستطيع أن أنجز معظم الأشياء بكفاءة، أنا إنسان فعال، أنا جدير بالحب، أنا ذو قيمة)، وتطفو المعتقدات الجوهرية السلبية على السطح فى أوقات الأزمات النفسية (بعض المرضى اضطرابات الشخصية يمكن أن يكون لديهم معتقدات سلبية ناشطة طوال الوقت).

وبعكس الأفكار التلقائية غالبًا ما تكون المعتقدات الجوهرية خفية عن المرضى أو عسوية عن النطق بها حتى يأتى المعالج ليقرش الطبقات واحدة بعد الأخرى بأسئلته المتواصلة عن معنى أفكار المرضى كما فى تكنيك السهم الهابط الذى سبق ذكره، وأنه من المهم أن نلاحظ أن المرضى يمكن أيضًا أن تكون لديهم أفكار سلبية عن الناس الآخرين وعن العالم من حولهم (الناس الآخرون لا يمكن الثقة بهم، الآخرون قد يؤذوننى، إن هذا العالم مكان عنف، وإن هذه الأفكار المعممة الثابتة تحتاج إلى تقييم وتعديل بالإضافة إلى المعتقدات الجوهرية عن النفس).

ولقد كانت سالى - كما ذكر سابقاً - تنظر إلى نفسها نظرة إيجابية؛ فهى كفاء ومحبوبة فى معظم الأوقات، ولم يظهر الاعتقاد المتوارى (أنا غير كفاء) إلا حينما أصيبت بالاكنتاب، فأصبح الاعتقاد نشطاً. ولقد قرر معالجها أن يعمل معاً لتعديل هذا الاعتقاد الجوهرى، ليس فقط للتخفيف من كآبتها، وإنما ليمنع أو يقلل من حدة النوبات المستقبلية.

إن المعتقدات السلبية عادة ما تكون عامة وشاملة ومطلقة. وحينما ينشط المعتقد الجوهرى فإن من السهل على المريضة أن تفعل المعلومات التى تدعمه، وغالباً ما تفشل فى التعرف على المعلومات المضادة له أو تقدرها. وفى الأساس كانت سالى دوماً تنظر إلى نفسها بمنظور واقعى إيجابى متوازن حتى أصيبت بالاكنتاب. فأصبح لديها الاعتقاد الكامل تقريباً بأنها غير كفاء. وأى دليل على عكس ذلك مثل أدائها الممتاز فى بعض المواد قد تجاهلته أو قللت من شأنه (أن أحصل على درجات عالية فى اللغة الإنجليزية لا يعنى أننى كفاء، لكن لأن الامتحان كان سهلاً فقط)، ولكن الدليل الذى يدعم اعتقادها كان يستقبل بسهولة ثم يعمم (حصولى على (C) فى الاقتصاد يظهر كم أنا ضعيفة وفاشلة).

وكما تم التأكيد عليه فى هذا الكتاب، فإن المعالج يبدأ فى وضع تصور أو تكوين مفهوم Conceptualization من البداية يشمل المعتقدات الجوهرية. إنه يفعل ذلك عقلياً فى البداية أو يكتبه فى أوراقه الخاصة. وبعد ذلك، وعند نقطة معينة فى مسيرة العلاج يشرك المريضة فى هذا التصور متوقعاً أبداء رأيها، وإذا ما كان ذلك التصور يبدو حقيقياً بالنسبة لها.

ولكى يقرر المعالج متى وإلى أى مدى يشرك المريضة فى تصوره فذلك يرجع إلى عدة اعتبارات مثل قوة التحالف العلاجى بينهما، ومدى إيمان المريضة بالنموذج المعرفى والعلاج المعرفى، ومدى نشاط الاعتقاد الجوهرى فى أثناء الجلسات، وما هو حجم الاستبصار بحالتها، ومدى عيانية (حرفية) تفكيرها، أو هكذا يبدأ محاولة تعديل المعتقدات الجوهرية.

إن المعالج بصفة عامة يعلم مرضاه أدوات التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها، وكذلك المعتقدات الوسطية قبل أن يستخدم الأدوات نفسها فى تعديل المعتقدات الجوهرية.

وفى بعض الأحيان يحاول المعالج والمريضة - بلا قصد - تقييم اعتقاد جوهرى فى مراحل مبكرة من العلاج؛ لأن الاعتقاد الجوهرى قد ظهر فى صورة فكرة تلقائية. وهذا التقييم غالبًا ما يكون ذا تأثير بسيط، وفى أحيان أخرى يحاول المعالج عن قصد اختبار قابلية معتقد جوهرى للتعديل حتى قبل أن يكون قد اشتغل بما فيه الكفاية على الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسطية.

ودرجة الصعوبة فى التعرف على المعتقدات الجوهرية وتعديلها يختلف بالطبع من مريض إلى آخر. وبصفة عامة، فإن المرضى الذين يعانون من ضغوط عاطفية شديدة يكونون أكثر قدرة على التعبير عن معتقداتهم الجوهرية (لأن المعتقدات تنشط فى أثناء الجلسات). وكذلك فإنه لمن السهل عامة تعديل الأفكار الجوهرية السلبية عند المرضى المشخصين على المحور (1) فى دليل التشخيص الأمريكى للاضطرابات النفسية Axis I، والذين كانت اعتقادهم الإيجابية المضادة موجودة وفاعلة فى فترات كثيرة من حياتهم. على عكس مرضى الاضطرابات الشخصية (AxisII)، حيث يكون تعديل معتقداتهم السلبية أكثر صعوبة (Beck et al, 1990, Young,1990)، وذلك لأنهم لا يملكون إلا القليل من المعتقدات الإيجابية، ولديهم الكثير من المعتقدات السلبية المرتبطة بعضها ببعض، يعضد بعضها بعضًا مثل الشبكة.

وللتعرف على المعتقدات الجوهرية وتعديلها، فعلى المعالج أن يتبع الخطوات التالية فى أثناء مسيرة العلاج (وسوف نشرح كل خطوة بالتفصيل فى هذا الفصل).

1. يفترض عقليًا فئة المعتقدات الجوهرية (العجز أو عدم الإحساس بالحب) التى نشأت عنها الأفكار التلقائية.

٢. يحدد المعتقدات الجوهرية (بينه وبين نفسه) مستخدماً نفس الطرق المستخدمة في التعرف على المعتقدات الوسطية.

٣. يقدم نظريته أو فرضيته عن الاعتقاد أو المعتقدات الجوهرية للمريضة سائلاً إياها التصديق أو عدم التصديق عليها، ثم ينقح نظريته عندما تقوم المريضة بتقديم معلومات إضافية عن حياتها الحاضرة، ومواقف مرت بها في الطفولة وردود فعلها تجاهها.

٤. تعليم المريضة عن المعتقدات الجوهرية عموماً وعن معتقداتها بشكل خاص مساعداً أيها على رصد معتقداتها الجوهرية في الوقت الحالي.

٥. يبدأ في تقييم المعتقدات الجوهرية ومحاولة تعديلها مع المريضة، ثم يساعدها في تكوين معتقدات جديدة أكثر تكيفاً، شارحاً الأصول الطفولية للمعتقدات الجوهرية، وكيفية استمرارها على مدار السنين والصعوبات التي تسببها في حياة المريضة الحالية، والاستمرار في رصد أى نشاط لتلك المعتقدات السلبية ويدعم من شدة المعتقدات البديلة، مستخدماً الطرق التجريبية والعاطفية حينما لا تصبح المريضة على أى قناعة بالمعتقدات القديمة منطقياً أو عقلياً، ولكنها ما زالت تؤمن بها عاطفياً.

تقسيم المعتقدات الجوهرية:

وكما سبق ذكره فإن المعتقدات الجوهرية يمكن أن تقسم إلى طائفة العجز أو طائفة عدم الإحساس بالحب أو كليهما. وحينما تقدم المريضة المعلومات (مشاكل - أفكار تلقائية - مشاعر - سلوكيات - تاريخ مرضى) يستمع المعالج إلى أية طائفة من المعتقدات الجوهرية التي يمكن أن تكون قد نشطت. فحينما تعبر سالى مثلاً عن عدم قدرتها على التركيز، وخوفها من الرسوب، يفترض المعالج أن المعتقدات الجوهرية من طائفة (العجز) قد نشطت (وقد تعبر المريضة عن عدم اهتمام الآخرين بها والخوف من أن تكون مختلفة عن الآخرين حتى إنها لا تستطيع

أن تحافظ على علاقاتها معهم هذه المريضة لديها معتقدات جوهرية تقع في طائفة عدم الإحساس بالحب من الآخرين).

وفي الجزء العلوى من الشكل (١١-١) توجد مجموعة من المعتقدات الجوهرية في مجموعة (الإحساس بالعجز)، وتشير السمات إلى كون الشخص عاجز شخصيا (ضعيف، هش، معوق، لا يستطيع التحكم في نفسه، فقير ومحتاج) ولا يصل إلى تحقيق أهدافه (الفشل- النقص- عدم الكفاية- خاسر - غير محترم). وأما الجزء السفلى من الشكل فيشمل على مجموعة أمثلة من الاعتقادات الجوهرية من فئة (عدم الإحساس بالحب). وتشير السمات إلى كون الشخص غير ذى قيمة أو غير مرغوب فيه ولا يساوى شيئاً (ليس فقط غير ناجح، بل يعانى من نقص ما يعوق دون حصوله على حب ورعاية الآخرين).

وفي بعض الأحيان يكون واضحاً جلياً إلى أى فئة ينتمى هذا الاعتقاد أو غيره، وخاصة إذا استخدمت المريضة مصطلحات واضحة مثل (أنا عاجزة) أو أنا (غير محبوبة)، ولكن فى أحيان أخرى لا يعرف المعالج ابتداءً أية فئة من المعتقدات قد نشطت كأن تقول مريضة مكتئبة (أنا لست جيدة بالقدر الكافى)، وهنا يحتاج المعالج أن يتأكد إن كانت المريضة تقصد أنها ليست جيدة بالقدر الذى يحقق الإنجاز أو لكى تستحق الاحترام (فئة العجز) أو ليست جيدة بالقدر الذى يجعل الآخرين يحبونها (فئة عدم الإحساس بالحب).

والخلاصة: فإن المعالج يبدأ فى تكوين مفهومة بطريقة عقلية عن معتقدات المريضة الجوهرية حينما تقدم المريضة معلومات من ردود فعلها تجاه المواقف (الأفكار التلقائية والمعانى المرتبطة بها والمشاعر والسلوك)، ثم يضع لنفسه حدوداً فاصلة بين المعتقدات التى تنتمى إلى فئة (العجز) أو (عدم الإحساس بالحب).

	معتقدات العجز الجوهرية
أنا غير كفاء	أنا عاجز
أنا غير قوى (لا حول لى ولا قوة)	أنا غير مؤثر
أنا غير قادر	أنا لا أستطيع التحكم
أنا فاشل	أنا ضعيف
أنا غير جدير بالاحترام	أنا هش
أنا ناقص (لا أصل إلى مستوى الآخرين)	أنا فقير ومحتاج
	معتقدات عدم الحب الجوهرية
أنا لا أساوى شيئاً	أنا غير محبوب
أنا مختلف	أنا غير مرغوب فيه
أنا ناقص (ولذا لا يحبني الآخرون)	أنا غير مستلطف
أنا مردول من الآخرين	أنا لا يحتاجنى أحد
أنا محكوم علىّ بالإهمال	لا يهتم بى أحد
أنا محكوم علىّ بالوحدة	أنا سيبئ

الشكل (١١-١) تقسيم المعتقدات الجوهرية

Copyrights 1995 by Judith S. Beck Ph. D

التعرف على المعتقدات الجوهرية:

يستخدم المعالج الوسائل نفسها التي يستخدمها في التعرف على المعتقدات الوسطية في التعرف على المعتقدات الجوهرية (انظر الفصل العاشر). وبالإضافة إلى طريقة السهم الهابط، فإنه يبحث عن سمة أو ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية أو يمكنه التعرف عليها مباشرة.

و غالباً ما يتعرف المعالج على المعتقدات الجوهرية في بداية العلاج حتى يتمكن من تكوين مفهوم أو نظرية عن المريضة ويضع خطته العلاجية؛ فيمكنه

جمع المعلومات اللازمة، ويمكنه حتى مساعدة المريضة على تقييم المعتقدات الجوهرية مبكرًا في العلاج. وفي أحيان كثيرة يكون هذا التقويم عديم الجدوى وغير فعال، غير أنه يعطى فكرة للمعالج عن قوة وحجم الاعتقاد وقابليته للتعديل.

المعالج: إيه اللي دار فى مخك لما ما عرفتيش تكلمى واجب الإحصاء؟

المريضة: إنى ما أقدرش أعمل أى حاجة صح، وعمرى ما أعرف أعمله هنا.

المعالج: وإذا كان فعلاً صحيح أنك ما تقدرش تعملى حاجة صح. وما تقدرش تكلميه هنا، دا معناه إيه؟ (طريقة السهم الهابط)

المريضة: أنا يائسة، أنا خايفة جداً.

المعالج: قد إيه بتعتدى أنك خايفة؟

المريضة: أوه، ١٠٠%.

المعالج: وأنت فعلاً قد إيه خائبة، كثير ولا شوية.

المريضة: بالمرة.. أنا غير كفاء بالمرة.

المعالج: فى كل حاجة؟

المريضة: أيوه.

المعالج: فى أى دليل إنك كفاء أو مش خائبة؟

المريضة: لا... لا.. ما فنتكرش.

المعالج: أنت قلت إنك عملت كويس فى المواد الباقية؟

المريضة: أيوه.. بس مش زى ما أنا عاوزة.

المعالج: هل كونك عملتى كويس فى بقية الحاجات يتعارض شويه مع فكرتك إنك خائبة؟

المریضة: لا.. إذا كنت أنا كفاء.. كنت أعمل أحسن بكثير.

المعالج: وإيه أخبار الجوانب الأخرى فى حياتك زى أمورك فى السكن، وأمورك الاقتصادية، وعنايتك بنفسك؟

المریضة: وحشة فى كل حاجة.

المعالج: معنى الفكرة، إنك غير كفاء، بتشمل حاجات ثانية برضه؟

المریضة: يمكن كل حاجة.

المعالج: كويس.. أنا متفهم قد إيه الاعتقاد مسيطر عليكى دلوقت على العموم حنتكلم فى الموضوع ده فى وقت ثانى.

هنا يستخدم المعالج طريقة السهم الهابط لكى يتعرف على ما تصوره أن يكون اعتقاداً جوهرياً؛ فهو يختبر قوته برقة وكذلك مساحته وقابليته للتعديل، ويقرر ألا يستمر فى التقييم فى هذا الوقت، وعلى العموم فهو يسميها كفكرة (متضمناً، أنه من الممكن ألا تكون حقيقية)، ويضعها كموضوع مستقبلى للمناقشة.

المعتقدات الجهرية:

حينما يعتقد المعالج أنه قد جمع المعلومات اللازمة لكى يفترض الاعتقاد الجوهري، وحينما يرى أن المريضة أصبحت على استعداد لأن تقبل تصوره، يستطيع حينئذ أن يقدم تصوره لها.

المعالج: سالى، إحنا اتكلمنا عن مشاكل مختلفة فى الأسابيع اللى فاتت زى شغلك فى الدراسة وقرارك حتقضى الصيف إزاي، وشغلك التطوعي. زى ما يكون ورا كل مشاكلك فيه فكرة أنت واخداها عن نفسك.. إنك إنسانة غير كفاء؟ يا ترى ده مضبوط؟

المریضة: أيوه.. أفنكر كده.

أو ربما يمكنه أن يراجع مع المريضة عدة أفكار تلقائية أظهرتها في مواقف مختلفة، ويسأل المريضة أن تجد عاملاً مشتركاً أو سمة مشتركة بين كل هذه الأفكار (سالى.. يا ترى شايعة حاجة مشتركة بين الأفكار دي؟). ومع بعض المرضى يمكن للمعالج أن يستخدم مخطط تكوين المفهوم (انظر الفصل العاشر، شكل ١٠-١) مبكراً في العلاج إما باستخدام المخطط أو بدونه، ويمكنه أيضاً أن يكتشف بعض إرهابات الطفولة.

المعالج: هل بتفكرى إحساس بعدم الكفاءة زى ده فى مراحل سابقة من حياتك؟
يعنى وأنت طفلة؟

المريضة: أبوه كثير.. أنا فاكرة أنى ما كنتش أقدر أعمل الحاجات الللى أخويا كان يقدر يعملها.

المعالج: ممكن تدينى بعض الأمثلة؟

بالحصول على المعلومات التاريخية قد يساعد المعالج لاحقاً أن يفترض كيف أصبحت المريضة تؤمن بهذا الاعتقاد، ويشرح لها كيف أن هذا الاعتقاد يمكن أن يكون غير حقيقى أو غالباً غير حقيقى على الرغم من إيمانها العميق به.

تعليم المريض أهمية المعتقدات الجوهرية ورصد عملياتها:

- إنه لمن المهم أن تتفهم المريضة النقاط التالية عن المعتقدات الجوهرية:
- إنها فكرة وليست بالضرورة حقيقية.
 - إنها يمكن أن تؤمن بها بقوة أو حتى تشعر أنها حقيقية على الرغم من أنها قد لا تكون كذلك.
 - وكونها فكرة، إذن يمكن اختبارها.
 - إنها متأصلة منذ الطفولة وما مر من أحداث فى هذه المرحلة؛ أى أنها يمكن أن تكون أو لا تكون حقيقية فى وقت الاعتقاد بها أول مرة.

- وإن هذه المعتقدات تستمر، وتتأصل من خلال عمليات مخططها العقلي Schema، والتي بها تتعرف على المعلومات التي تساند اعتقادها الجوهري، وتتجاهل أو تقلل من شأن المعلومات التي تتناقض مع ذلك الاعتقاد.

- إنه بالتعاون بينها وبين المعالج يمكنهما استخدام استراتيجيات مختلفة على مدار الوقت لتغيير هذه الفكرة حتى تستطيع أن ترى نفسها بموضوعية أكثر.

وفى الحوار التالي يُعلم المعالج سالى عن معتقداتها الجوهريّة (لقد وافقته مسبقاً على التصور الذى كونه عنها).

المعالج: سالى، يا ترى الفكرة دى (فكرتها التلقائية أنها لن تستطيع إكمال ورقة الإحصاء) مألوفة عندك؟ يا ترى دى ماشية مع فكرتك أنك غير كفاء.

المريضة: أيوه.. أنا حاسة أنى غير كفو.

المعالج: سالى.. أنا شايف حاجة من اثنين، يا إما أنت فعلاً غير كفاء، وده حيتطلب أن إحنا نشغل مع بعض شويه علشان نخليك أكثر كفاءة، أو دى مجرد فكرة أنت واخدها عن نفسك خلناك تتصرفى كأنك فعلاً غير كفاء (خائبة) لدرجة أنك ما بتحاوليش تروحي المكتبة علشان تبدأ فى ورقة الإحصاء، إيه رأيك؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: ليه ما تكتبيش الاحتمالين فى ورقة؟ ده اللي أن عاوز أبدأ به فى العلاج، لو ما فيش مانع عندك - وتشوفى يا ترى أنت فعلاً خائبة (غير كفاء) وألا أنت بتعتدى أنك خائبة؟

وبعد ذلك فى نفس الجلسة أو فى جلسة لاحقة، يشرح المعالج عن المعتقدات الجوهريّة لسالى بطريقة مبسطة، متأكداً من أنها تفهم جيداً ما يقوله.

المعالج: سالي.. الفكرة دي (أنا خائبة) اللي إحنا بنسميها (الاعتقاد الجوهري).
خلينى أديكى فكرة عن المعتقدات الجهرية علشان نتفهّمى ليه هى صعبة
أنها تتعرف أو تتقيم، أولاً: المعتقدات الجهرية هى أفكار ممكن ما
تؤمنيش بها قوى لما ما تكونيش مكتتبة، وعلى العكس لما تكونى مكتتبة
تؤمنى بها جداً، لدرجة كبيرة، حتى لو عندك أدلة كثيرة على عدم
صحتها؟ يا ترى متابعة اللي بقوله لحد دلوقتى؟

المریضة: أيوه..

المعالج: لما تكونى مكتتبة، الفكرة دي بتتشط، ولما تتشط حتلاحظى أى حاجة
تدعّمها وبتجاهلى أى حاجة ضدها، تبقى عاملة زى الغربال على رأسك
أى فكرة متوافقة معاها تدخل من خروم الغربال فى رأسك عالطول وأى
معلومة أو فكرة ضد الاعتقاد ده ما تدخلش أو تحويرها علشان تدخل
بالطريقة اللي إنتى عاوزاها. تفتكرى أنك ممكن بتغربلى معلومات
بالطريقة دي؟

المریضة: مش متأكدة.

المعالج: كويس، خلينا نشوف.. خلينا نبص على الأسباب اللي فاتت، إيه الأدلة
على أنك ممكن تكونى كفاء؟

المریضة: آ آ... أنا جيت (A) فى امتحان الإحصاء.

المعالج: جميل، وهل الدليل عدى من الغربال؟ ما قولتيش لنفسك، أنا جيت (A)
معنى كده إنى ذكية، وكفاء وطالبة كويسة أو حاجة زى كده؟
المریضة: لا.. أنا قلت الامتحان كان سهل، وأنا كان عندى فكرة عن الدروس دي
من السنة اللي فاتت.

المعالج: آه.. يعنى معناها الغربال كان شغال. شفتى بقى إزاي أنك بتقللى من شأن
أى معلومات ضد فكرتك الجهرية (أنا غير كفاء).

المريضة: (همهمة..).

المعالج: ممكن تفكرى فى أى مثال ثانى الأسبوع ده؟ أى موقف يخلى واحد عاقل يقول إنك كفاء، حتى لو أنت ماحستيش بكدة؟

المريضة: (تفكر لحظة).. أنا ساعدت زميلتى فى السكن على حل مشكلة مع والدها؟ بس ده ما يهمش، أى حد ممكن يعمل كدة.

المعالج: مثال كويس، برضه زى ما يكون أنت بترفضى أى دليل يثبت عكس معتقداتك (أنا غير كفاء). أنا حاسيبك تفكرى شويه فى الجملة (أى حد ممكن يعمل كده) ممكن ده يكون مثال ثانى على أنك ما تحسبش لنفسك أى إنجاز فى الوقت الللى حد ثانى يحسبه على أنه دليل إنك كفاء.

المريضة: أيوه.. هى زميلتى قالت إن أنا ساعدتها كثير.

المعالج: كويس.. علشان نلخص.. (أنا غير كفاء) واضح أنه اعتقاد جوهرى عندك من زمان، لكن بتعتقدى فيه أكثر لما تكونى مكتتبه، ممكن نلخص يكون بيشتغل ازاي الاعتقاد ده؟

المريضة: آه.. أنت بتقول لما أكون مكتتبه، أنا باغربل المعلومات الللى تتوافق مع اعتقادى، وأرفض الللى مش بتتوافق.

المعالج: تمام.. إيه رأيك فى واجب الأسبوع ده، لو حاولى تلاحظى إزاي الغربال بيشتغل. دونى كل المعلومات الللى بتأيد أنك غير كفاء، والجزء الأصعب حاولى تدونى أو تصطادى المعلومات الللى ممكن حد ثانى يغيرها دليل على أنك كفاء ما شى؟

وفى الجلسة التالية يشرح المعالج لسالى لماذا هى تعتقد بقوة فى فكرتها الجوهرية على الرغم من أنها من الممكن أن تكون غير حقيقية.

المعالج: أنت عملتى شغل كويس الأسبوع ده، لاحظى قد إيه أنت بتشوفى أو

تلقطى المعلومات اللى بتأيد فكرة انك غير كفاء. وزى ما توقعنا، كان صعب جدًا عليك إنك تتعرفى على المعلومات اللى بتناقض الفكرة دى.

المريضة: أيوه.. ما عملتهاش كويس.

المعالج: هل أنت شاعرة دلوقت أنك (غير كفاء).

المريضة: (تضحك) أيوه اتهايا لى كدة.

المعالج: يا ترى الغربال شغال دلوقتى حالاً؟ ركزت على الجزء فى الواجب اللى ما عملتهوش كويس ونسيتى الجزء اللى عملته كويس؟

المريضة: فعلاً.

المعالج: إيه رأيك فى وجود غربال زى كدة؟

المريضة: بيخلينى ملاحظش الحاجات الكويسة.

المعالج: كويس ويوم بعد يوم إيه اللى يحصل للفكرة دى (أنا غير كفاء).

المريضة: حتبقي أقوى اتهايا لى.

المعالج: للدرجة أنك تشعري فيها أنها حقيقية حتى لو ما كانتش.

المريضة: أيوه.

المعالج: عرفت بقى إزاي ممكن تكون الفكرة غير صحيحة على الرغم من شعورك.

المريضة: أيوه.. أنا دلوقت ممكن عقلياً شايفها كده لكن لسة حاسة أنها حقيقية.

المعالج: دا متوقع جدًا وشائع، فى الأسابيع الجاية. حنفضل تقسيم الفكرة دى وحنشتغل مع بعض علشان نساعد الجزء العقلانى عندك يتحاور مع

الجزء العاطفى، ماشى؟

المريضة: ماشى.

والعلاج الذى يعتمد على السيرة الذاتية يمكن أن يساعد فى علاج المعتقدات الجوهرية. وتجدر الإشارة إلى كتابين مهمين فى هذا المضمار، وهما سجناء الاعتقاد (Mckay & Fannig 1991) إعادة اختراع حياتك (Young & Kiosko, 1994)؛ فقد يساعدان فى هذه المرحلة من العلاج.

تعديل المعتقدات الجوهرية وتقوية المعتقدات الجديدة:

وبالتعرف على الاعتقاد الجوهري السلبى، يصمم المعالج بطريقة عقلانية، اعتقادًا أكثر واقعية وفاعلية ثم يقود المريضة تجاهه، ويمكنه أن يستخدم بعض الطرق الموجودة فى الجزء الأيمن من الشكل (١١-٢) حتى يبدأ بإضعاف المعتقد الراسخ، وفى الحال يبدأ مع المريضة فى إنشاء اعتقادًا أكثر تكيفًا. مع العلم بأن الاعتقاد الإيجابى نسبيًا سيكون أسهل للمريض أن يبناه من الاعتقاد المبالغ فيه. وهناك أمثلة:

المعتقدات الجوهريّة القديمة	المعتقدات الجوهريّة الجديدة
أنا غير محبوب (بالمرّة)	أنا عمومًا شخص محبوب
أنا سيئ	أنا شخص ذو صفات حسنة وسيئة ولكنى ذو قيمة
لا حول لى ولا قوة	أنا أستطيع التحكم فى أمور كثيرة
أنا ناقص	أنا طبيعي، لى نقاط ضعف ونقاط قوة

تقنيات إضافية

استمارة المعتقدات الجوهريّة

النقيض التام

تقنيات سبق شرحها

تكنيك الأسئلة السقراطية

اختبار المميزات والعيوب

التوضيح بالاستعارة	لعب دور المنطقي - العاطفي
اختبارات تاريخية	العمل - (كما لو)
إعادة تركيب الذكريات المبكرة	التجارب السلوكية
بطاقات التكيف (انظر الفصل الثاني عشر)	المتصل الإدراكي
	كشف الذات

الشكل (١١-٢) تكتيكات لتعديل المعتقدات الجوهرية

إن مريضة المحور الأول (Axis I) يمكن أن تكون قد اعتقدت في الاعتقاد الجديد معظم أوقات حياتها؛ فمن السهل عليها نسبيًا أن تتبينه. وعلى النقيض فإن مريضة المحور الثاني (Axis II) يمكن ألا تكون قد تبنت هذا الاعتقاد الإيجابي طوال حياتها، ولذا فعلى المعالج أن يساعدها على تبني اعتقاد إيجابي بديل عن اعتقادها السلبي. ولقد يجد معالج سالي أنه من السهل أن يساعدها أن تضع المعتقدات الأكثر إيجابية في كلمات.

المعالج: سالي، إحنا اتكلمنا عن الاعتقاد الجوهرى ده (أنا غير كفاء) تفكرى إيه الاعتقاد البديل اللى يكون أكثر واقعية؟

المريضة: أنا كفاء؟

المعالج: دا كويس، أو ممكن نخليه مثلا (أنا كفاء فى معظم الحاجات، لكنى إنسانة برضه) دا ممكن يكون أسهل لك أن تتبينه؟

المريضة: أيوه الثانى.

استمارة الاعتقاد الجوهرى:

بعد التعرف على الاعتقاد الجوهرى وإنشاء اعتقاد جديد، يمكن للمعالج أن

يقدم استمارة الاعتقاد الجوهري (إ- ع - ج) (انظر شكل ١١ - ٣). وكما سبق ذكره فإنه من الأفضل تقديم هذه الوسيلة بعد أن تكون المريضة قد تعلمت أن بعض أفكارها (الأفكار التلقائية) قد ثبت عدم دقتها أو خطأها. بالإضافة إلى ذلك، فإن استمارة الاعتقاد الجوهري تبدأ عادة بعد أن تكون المريضة قد تعلمت بنجاح عملية تقييم الأفكار التلقائية وتعديلها، وتستطيع أن تفهم بالفعل أنها تستطيع أن تعدل من طريقة تفكيرها العاطلة، وأن تكون قد كونت مع المعالج علاقة علاجية متينة.

استمارة الاعتقاد الجوهري:

المعتقد الجوهري القديم.... أنا غير كفاء

ما شدة اعتقادك بهذا المعتقد القديم الآن؟ (صفر - ١٠٠%) %٦٠

ما أشد درجة من الاعتقاد هذا الأسبوع؟ (صفر - ١٠٠%) %٩٠

وما أقل درجة من الاعتقاد هذا الأسبوع؟ (صفر - ١٠٠%) %٦٠

المعتقد الجديد أنا كفاء في معظم الأشياء، ولكنى إنسان أيضاً:

ما شدة اعتقادك بهذا المعتقد الجديد الآن؟ (صفر - ١٠٠%) %٥٠

دليل يدحض الاعتقاد القديم ويؤيد الجديد/ دليل يؤيد الاعتقاد القديم مع إعادة التشكيل:

- كنت جيدة فى ورقة الأدب لم أفهم مصطلح فى الدرس ولكنى لم أقرأ عنه،

ويمكن أن يكون عيب الأستاذ الذى لم يشرحه

- سألت سؤال فى حصة الإحصاء لم أذهب للأستاذ للاستيضاح وليس معنى ذلك

أنى فاشلة

كنت متوترة، وكنت أظن إنى يمكن أن أفهم

الدرس وحدى

- أخذت (B) فى الكيمياء أخذت (B) فى ورقة الأدب لكن هذا لا يعنى
أنى خائبة

- اتخذت قرار بالنسبة لمستقبلي
- جمعت كل المراجع اللازمة للبحث
- فهمت أغلب الفصل السادس من كتاب الإحصاء
- شرحت لواحد مصطلح ما كانش فاهمه
- هل ينبغى لهذه المواقف التى تزيد أو تقلل من قوة اعتقادى سوف تكون على قائمة
المواضيع التى سوف نناقش فى الأجنده؟

الشكل (١١-٣) استمارة معتقدات سالى الجوهرية

Copyrights 1993 by Judith S..Beck. Ph. D

وتتكون استمارة الاعتقاد الجوهري من جزئين: الجزء العلوى يرشد
المريضة للتعرف على اعتقادها القديم ودرجة إيمانها به، وكذلك مدى إيمانها
بالاعتقاد الجديد. ويقوم المعالج والمريضة معًا على ملء هذا الجزء معًا فى بداية
كل جلسة من الجلسات التى تلى تقديم الاستمارة. وأما الجزء السفلى فتملأه
المريضة بمفردها إما فى أثناء الجلسات أو كواجب منزلى بينما هى ترصد
اعتقاداتها وتعيد تشكيل الأدلة التى تبدو أنها تدعم الاعتقاد القديم.

المعالج: خلىنى أوريكى استمارة الاعتقاد الجوهري، وهى مجرد طريقة منظمة
لتعديل الاعتقاد الجوهري، هنا خلىنا نكتب اعتقادك الجوهري (أنا غير
كفاء) فى الأول قد إيه درجة إيمانك به دلوقت؟

المريضة: ممكن ٦٠%.

المعالج: كويس.. اكتبى ٦٠% تحته دلوقت. بالنسبة للسطرين التاليين فكرى فى
الأسبوع اللى فات؟ إيه أكثر المرات اللى كنت بتعتقدى فيه بشدة والمرات
اللى كان اعتقادك فيه قليل جدًا؟

المريضة: أكثر حاجة؟ لما بدأت أذاكر لامتحان الإحصاء، تسعين في المية يمكن، وأقل حاجة؟ دلوقت ٦٠% (تكتب).

المعالج: الأسبوع اللي فات إحنا اتكلمنا عن اعتقاد أكثر تكيفا ما قلنش أكثر صحة أو دقة، يا ترى فافكره قلناه إزاي؟

المريضة: أيوه.. (أنا كفاء في معظم الحاجات، لكنى إنسانة برضه).

المعالج: كويس، اكتبى ده تحت الاعتقاد الجديد، قد إيه بتعتقدى فى الاعتقاد ده النهارده؟

المريضة: يمكن ٥٠%.

المعالج: سالى. إحنا نقدر نملاً الجزء ده كل أسبوع فى بداية جلستنا، أو تقدرى تمليها قبل ما بتيجي، أنا عاوزك تخلصى الاستمارة دى قدام عينيكى فى جلساتنا علشان نشوف إذا كان الموضوع اللي بنناقشه له علاقة بفكرتك (أنا غير كفاء) ولا لا.

المريضة: ماشى.

المعالج: خلىنا نملاً الجزء الأسفل دلوقت مع بعض، علشان تتعلمى تعملها إزاي- لو معندكيش مانع- ولو لقيتيه مفيد، تقدرى تضيفى له كل يوم

المريضة: ما شى.

المعالج: فيه حاجة ثانية، علشان تتعلمى تملى الاستمارة دى حيثطلب شوية وقت وتدريب، زى ما عملنا فى سجل الأفكار التلقائية. ما شى؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: يبقى كويس لو بدأنا بالناحية الشمال، الدليل على إنك (غير كفاء)؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: فكرى، أنت عملتى إيه النهارده. إيه الأدلة اللي تؤكد أنك غير كفاء؟

المریضة: أيوه. أنا ما فهمتش مصطلح فى الإحصاء، الأستاذ قاله النهارده.

المعالج: كويس. اكتبى فى الناحية الشمال، وبعدين حتى كلمة (لكن) بالخط الكبير جنبها.. ودلوقت نفكر مع بعض، يكون فيه تفسير ثانى لعدم فهمك للمصطلح ده غير أنك (غير كفاء).

المریضة: هى دى كانت أول مرة يتكلم عنها الأستاذ، وما كانش فى القراءة اللي حضرناها.

المعالج: يعنى ممكن تفهميه أكثر لما الأستاذ يرجع بقوله ثانى، أو تقرأى عنه، أو تسألنى حد ثانى؟

المریضة: احتمال.

المعالج: كويس.. بعد كلمة (لكن) إحنا حانكتب اللي بنسميه (إعادة تشكيل) طريقة ثانية للنظر فى الأدلة: تقدرى تقولى إيه هنا؟

المریضة: ممكن أقول (لكن أنا ما قرأتش عنه، وممكن أفهمه بعدين).

المعالج: كويس اكتبى الكلام ده.. تعالى نشوف ثانى يمكن تقدرى تخلى إعادة التشكيل أقوى شوية. هل أنت مقتنعة أن لو واحده ما فهمتش مصطلح فى الحصة معناها عدم الكفاءة. يعنى معناها إنها شخصية فاشلة؟ أظن ده كلام غير صحيح؟

المریضة: أيوه.. دى حقيقة.

المعالج: هل ممكن ناس أكفاء جدًا ما يفهموش مصطلح لأول مرة؟

المریضة: ممكن.

المعالج: أنا مش عارف إذا كان ده عدم كفاءة من الأستاذ، لأنه لو شرحه بوضوح، كان كل الناس فهموه؟

المريضة: ممكن.

المعالج: إيه رأيك تفكرى دقيقة كمان، وتشوفى لو عاوزة تضيفى حاجة فى الكتابة.. كويس.. خلينا نحاول الناحية اليمين. دلوقت عندك أى دليل من أحداث النهاردة أنك كفاء فى نواحى كثيرة؟ وأنا بانبهك ده ممكن يكون صعب لو الغربال شغال.

المريضة: أنا اشتغلت كويس فى بحث الأدب.

المعالج: عملتية كويس؟ إيه ثانى؟

المريضة: (لا إجابة).

المعالج: كويس.. إيه رأيك تعملى الكلام ده فى الواجب، إذا حاولتى تضيفى فى أسفل الاستمارة دي. شفت بقى إزاي أن الناحية الشمال أسهل بكثير.. لكن الناحية اليمين حتكون صعبة شوية.

المريضة: أيوه.

المعالج: يبقى اعملى اللي تقدرى عليه. إحنا ممكن نعمل الجزء بعد إعادة التشكيل مع بعض. وإذا لقيت صعوبة كبيرة تظاهرى كأنك بتملى استمارة حد ثانى زميلتك فى السكن مثلاً.. لو كانت هى فى الموقف ده.

المريضة: ماشى.

المعالج: ممكن تفكرى فى أى حاجة بتقف فى طريق الواجب ده بحيث ما تعملهوش؟

المريضة: لا إنشاء الله حا أعمله.

المعالج: جميل.

وحينما تواجه سالى صعوبات فى التعرف على أى معلومات إيجابية فى

أثناء الجلسة يمكن للمعالج أن يؤجل هذا الواجب المنزلي، أو يحاول بأى وسيلة أخرى أن يساعدها فى البحث عن معلومات للناحية اليمنى، فعلى سبيل المثال يمكنه استخدام تكتيك التباين.

المعالج: إيه رأيك فى أنك كافحت علشان تأخذى حَقك فى التأمين الصحى للطلبة؟
مش دا برضه ينحط فى الجهة اليمين؟

المريضة: ما أعرفش، أنا كنت متوتره جدا، لكن لقيته سهل.

المعالج: انتظرى دقيقة، لو أنت ما دافعتيش عن نفسك، مش كنت حاتعتبرى ده علامة على عدم الكفاءة؟

المريضة: محتمل.

المعالج: علشان كده، فكرى بالطريقة دي. أى شيء ممكن تلومى نفسك عليه، إذا حصل، فإذا ما حصلش ممكن تحطيه فى الناحية اليمين.

وهناك طرق أخرى لمساعدة المريضة للتعرف على الجوانب الإيجابية، والتي تنتمى إلى يمين الصفحة من استمارة الاعتقاد الجوهري، وتشمل:

١. (كما فى الحوار السابق) سؤال المريضة أن تفكر فى المعلومات التى يمكن أن تعتبرها أدلة إيجابية بالنسبة لشخص آخر: (سالى ممكن تفكرى فى حد ثانى بتعتبريه أنت كفو؟ مين ممكن يكون الشخص ده؟ إيه الحاجات اللى عملتها النهارده واللى ممكن لو كانت (دونا) عملتها حتقولى عليها كفو؟)

٢. سؤال المريضة عن معلومات أو أدلة التى يمكن أن يعتبرها شخص آخر دليلاً على كفاءة المريضة. (سالى مين اللى ممكن يكون عارفك كويس؟ وتكونى بتتقى فى حكمه؟ إيه اللى ممكن يقوله الشخص ده إيه اللى عملته النهارده كدليل على كفاءتك؟ أو سالى إيه اللى عملته النهارده اللى ممكن

أنا أقول عليه أنه دليل على كفاءتك؟

٣. سؤال المريضة أن تفكر إذا ما كانت تقلل من شأن الأدلة الإيجابية على كفاءتها إذا ما قارنت ما فعلته بنموذج سلبي مفترض (سألي أنت ما تعتقدش أن انتهاءك من البحث ده دليل على كفاءتك. تفكرى أى حد غير كفاء يقدر يكتب بحث زى ده؟ أو يعمل زى اللى أنت عملتيه؟)

٤. سؤال المريضة أن تكتب درجة الاعتقاد فى أعلى الاستمارة (على اعتقاد قد أتفق عليه مسبقاً) فى بداية الجلسة قبل إعداد الأجنده، ثم يسأل المعالج لما كنت أقل اعتقاداً بالفكرة دى، كانت إيه الظروف المحيطة؟) ثم يناقش هذه الظروف (الإيجابية) مدعماً وجامعاً أدلة للجهة اليمنى.

ويمكن للمعالج أن ينتهز الفرص خلال الجلسة ليسأل المريضة عن مدى قابلية تطبيق الاستمارة على موضوع المناقشة.

المعالج: سألي.. ممكن نلخص اللى اتكلمنا فيه النهارده.

المريضة: أنا كنت متضايقه كثير، لأنى ما أقدرتش ألقى شغل فى الصيف، وأى واحد يكون محبط فى ظرف زى كده، لكن أنا كنت مكتئبه جداً علشان حسيت أن ده دليل على عدم كفاءتى.

المعالج: كويس.. ممكن تشوفى إزاي الكلام له علاقة بالاستمارة اللى قدامنا.

المريضة: أيوه.. هى نفس الفكرة.

المعالج: إزاي ممكن تكتبى الكلام ده فى الاستمارة.

المريضة: أنا بأعتقد أنها ممكن تكتب فى الناحية الشمال.. أنا ما خلصتس البحث، ما لاقيتش شغل.. بس ده مش معناه إنى غير كفاء بالمره.. ناس كثير قدموا على الشغل، وما لقوش وكثير منهم كان عندهم خبرة أكثر منى.

استخدام التباين الشديد لتعديل الاعتقاد الجوهري

Using Extreme Contrast to Modify Core Beliefs

في بعض الأحيان يكون من المفيد لبعض المرضى أن يقارنوا أنفسهم بشخص ما، إما حقيقي أو متخيل؛ حيث يكونون على الطرف الأكثر سلبية من محور الفكرة التي تتبناها المريضة. يسأل المعالج المريضة أن تتخيل شخص ما في محيطها (هذا التكنيك مشابه لتكنيك المتصل المعرفي، والذي وصف في الفصل العاشر).

المعالج: يا ترى فيه حد معاك في المدرسة شايفه أنه غير كفاء بالمرّة أو بيتصرف بطريقة تدل على عدم الكفاءة؟

المريضة: آآآ. أنا أعرف واحد في صفي، ما بيرحش المدرسة خالص وكل يوم عامل حفلة، أعتقد أنه فاشل.

المعالج: لما تقارني نفسك بيه؟ قد إيه أنت غير كفاء.
المريضة: مش كثير.

المعالج: لو أنت فعلاً شخصية غير كفاء بالمرّة، إيه اللي ممكن كنت تعمليه؟
المريضة: أفكر.. أني ما كنتش هأروح الجامعة وأفضل قاعدة طول النهار ما أعملش حاجة تستحق الذكر وما يكونش عندي أصدقاء.. حاجات ذى كدة.

المعالج: وقد إيه أنت قريبة من ده.. دلوقت؟
المريضة: مفيش خالص.. أعتقد.

المعالج: يعنى شايفة إنك دقيقة، لما توصفي نفسك إنك غير كفاء؟
المريضة: يعنى.. مش دقيقة قوي.

تكوين الاستعارات: Developing Metaphors

يستطيع المعالج أن يساعد على إبعاد المرضى عن معتقداتهم الجوهرية بالتفكير في مواقف مختلفة. إحدى المريضات كانت تعتقد أنها لا بد أن تكون سيئة؛ لأن أمها كانت تعاملها وهي طفلة بقسوة شديدة. ولقد ساعدها كثيراً أن نتذكر قصة السندريلا التي عاملت فيه زوجة الأب الشريرة الطفلة بمنتهى القسوة، ولم تكن الطفلة تستحق ذلك.

اختبارات تاريخية للمعتقد الجوهري Historical Tests of the Core Belief

إنه من المفيد غالباً أن تجعل المريضة تراجع أو تتفحص كيف نشأت لديها هذه المعتقدات، وكيف استمرت خلال السنين (Young, 1990) فيسأل المعالج المريضة أن تبحث عن أدلة مضادة (يمكن استخدام استمارة الاعتقاد الجوهري لهذا الغرض). وعادة ما تبدأ هذه العملية بعد أن تكون المريضة قد تعرفت على اعتقادها الجوهري والعوامل التي تدعمه ومحاولة تعديله من خلال استمارة الاعتقاد الجوهري أو أى طريقة أخرى، وأنه ليس من الضروري دائماً أن يكون الاعتقاد الجوهري نشطاً حتى تقوم المريضة بهذه العملية، إلا أن بعض المرضى لا يستطيعون الوصول إلى ذكريات معينة إذا لم ينشط لديهم الاعتقاد الجوهري الذي يهيح مشاعرهم. وعلى المعالج هنا أن يقدم التبرير المناسب أولاً.

المعالج: أنا عاوزك تشوفى إمتى الفكرة بتاعتك ده بدأت؟

المريضة: ما شى.

المعالج: خيلنا ناخذ الاستمارة ونشغل دلوقت، هل تفكرى حاجة لما كنتى صغيرة جعلتك تفكرى إنك غير كفاء؟ نقول مثلاً قبل المدرسة الابتدائية؟

المريضة: أنا فاكرة وأنا فى الحضانه، كنت فاكرة وأنا بأعمل حاجة فى لعبة والمدرسة بتصرخ فى وأنا بأعيط.

المعالج: كنت بطيئة وأنت بتعلمي اللعبة؟

المريضة: أيوه.. حاجة زى كدة.

المعالج: وحسيت أنك خايبة؟

المريضة: آه.

المعالج: كويس.. اكتبى الكلام فى الناحية الشمال، وبعدين حنكتب إعادة التشكيل بعد كده. فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أيوه.. فاكرة كنت فى حديقة عامة مع أسرتى، وكل الأطفال كانوا راكبين عجلاتهم حوالينا، وأنا ما كنتش عارفة اركب زيهم.

وفى أثناء الجلسة أو الواجب المنزلي. تستمر المريضة فى هذه الخطوة الأولى وهى تسجيل الذكريات التى لم تكن قد ساعدت على تكوين هذا الاعتقاد الجوهري ويمكن أن تتذكر أيام ما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية والثانوية والجامعة، وكذلك فى العشرينيات والثلاثينيات من عمرها وهكذا. والخطوة الثانية من المراجعة التاريخية تشمل البحث عن أى أدلة يمكن أن تدعم المعتقد الجديد لكل مرحلة. وحينما تكون قادرة على استرجاع ذكريات إيجابية تكون المريضة مستعدة للخطوة الثالثة، وهى إعادة تشكيل كل الأدلة السلبية، وأخيراً وفى الخطوة الرابعة تقوم المريضة بتلخيص لكل هذا فمثلاً: فى سنوات المدرسة الثانوية- فعلت أشياء كثيرة بكفاءة من الألعاب الرياضية والواجبات المنزلية وتحمل مسئوليات. صحيح أنى لم أحصل على تقدير "As" فى كل المواد لكننى بصفة عامة كنت أعمل بكفاءة.

إعادة تشكيل الذكريات الأولى: Reconstructing Early Memories

بالنسبة لمرضى المحور الأول (Axis I) فإن التكنيكات العقلية أو المنطقية التى سبق ذكرها غالباً ما تكون كافية لتعديل الاعتقاد الجوهري. وبالنسبة للآخرين فإنه ينصح بالوسائل أو التكنيكات العاطفية أو التجريبية التى تحفز فيها

مشاعر المرضى. ومن أمثلة هذه التكنيكيات (لعب الأدوار) وإعادة إحياء الحدث حتى يمكن للمريض أن يعيد فهم التجربة المؤلمة المبكرة. وفي الحوار التالي يساعد المعالج المريضة على إعادة فهم حدث مبكر ذات علاقة بموقف ضاغط حالي:

المعالج: سالى أنت شكلك النهارده مكتتبه خالص:

المريضة: أيوه (تبكي) أنا عرفت نتيجة البحث، أنا جيت (C) أنا عمرى ما أعمل حاجة صح.

المعالج: يعنى أنت شاعرة إنك خائبة؟

المريضة: أيوه

المعالج: (معظمًا مشاعرها ليسهل عملية التذكر) يا ترى أنت حاسة بالحزن والخيبة دى فى أى جزء من جسمك؟

المريضة: ورا عيني، وحاسة أن أكتافى ثقيلة.

المعالج: يا ترى فاكرة أول مرة حسيتى الشعور ده وأنت طفلة؟

المريضة: (سكوت) .. لما كان عندى ٦ أو ٧ سنوات. أنا فاكرة جيت ورقة التقرير، وكنت خايفة شويه علشان ما كنتش عاملة كويس. بابا كان طبيعى معايا لكن ماما كانت عصبية جدًا.

المعالج: قالت لك إيه؟

المريضة: سالى.. أنا مش عارفة أعمل إيه معاكى.. بصى للتقرير بتاعك؟

المعالج: وأنت قلتى إيه؟

المريضة: أنا ما أعتقدش أنى قلت أى حاجة. ودا خلاها مجنونة أكثر.. قالت لى أنت عارفة إيه اللى حيحصل لو ما جبتيش درجات كويسة. أخوك

عاطول تقاريره كويسة، ليه أنت لأ. . أنا مكسوفة منك؟ حتعملى إيه
إنشاء الله؟

المعالج: أكيد كنت شاعرة شعور وحش خالص؟

المريضة: أيوه طبعا.

المعالج: يا ترى تفكرى دى كانت طريقة معقولة بتاعة ماما دى؟

المريضة: لا ما أفكرش.

المعالج: كويس.. يا ترى حاجة زى دى ممكن تقوليها لأولادك فى المستقبل؟

المريضة: لا.. أنا عمرى ما حا قولهم كده.

المعالج: إيه اللى ممكن تقوليه لو كان عندك طفلة عمرها ٧ سنوات ورجعت مرة

بتقرير زى كده؟

المريضة: آه أفكر هاقولها اللى بابا عمله معايا (معلش، ما تزعلش أنا ما كنتش

شاطر فى المدرسة قوي، لكن دا ما فرقش معايا) .

المعالج: كويس، يا ترى تعرفى ماما ليه ما قلتش زى بابا؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: يمكن من اللى قولتيه لى قبل كده عنها، أنها كانت بتشعر أن الناس

حينظروا لها نظرة وحشة لما ابنتها تجيب درجات وحشة؟

المريضة: ده ممكن يكون صح، لأنها كانت دائما تفتخر بأخويا قدام أصحابها،

أفكر إنها دائما كانت عاوزة أسرتها تبقى حاجة كبيرة.

المعالج: كويس.. أى رأيك نلعب أدوار، أنا هلعب دورك وأنت فى عمر سبع

سنوات، وأنت هلعبى دور ماما، حاولى تشوفى الأمور من وجهة نظرها

على قد ما تقدرى، أنا هابدأ: (ماما أنا جيت التقرير بتاعى).

المريضة: سالى.. أنا خجلانة منك، شوفى درجاتك، مش عارفة أعمل إيه معاكى؟

المعالج: ماما.. أنا لسه عمرى سبعة، صحيح درجاتى مش زى روبرت بس كويسة.

المريضة: أنت مش عارفة إيه اللى حا يحصل لو ما جبتيش درجات كويسة؟
عمرى ما تحصلى حاجة.

المعالج: بلاش سخف يا ماما.. أنا لسه عمرى سبعة.

المريضة: لكن السنة الجاية حتبقى ٨، واللى بعدها ٩.

المعالج: ماما.. أنا مش وحشة قوى كده، ليه مكبرة الحكاية كده؟ أنت بتحسسينى
أنى أنا فاشلة بالمرة، مش ده اللى أنت قاصداه؟

المريضة: لا. طبعا لا. أنا مش عاوزاك تفكرى فى كده، ده مش صحيح أنا بس
عاوزاكى تكونى أحسن.

المعالج: كويس.. خارج الدور.. إيه رأيك؟

المريضة: أنا فعلاً ما كنتش خائبة، أنا كنت كويسة، ممكن ماما كانت صعبة معايا
شويه علشان ما حدش ينتقدها (تبتسم).

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كده؟

المريضة: كثير، ٨٠%.

المعالج: إيه رأيك نلعب الأدوار مرة ثانية؟ بس المرة دى هنلعب الأدوار علشان
نشوف سالى الصغيرة ممكن ترد إزاي على أمها.

وبعد لعب الأدوار يسأل المعالج سالى ماذا تعلمت من هذه اللعبة، وكيف
ينطبق ما تعلمته على المواقف التى مرت بها هذا الأسبوع؟ (حصلت على تقدير
" C" فى البحث) وثمة طريقة أخرى وهى استعمال التخيل لإعادة تركيب الذكريات
المبكرة فى حضور المشاعر (Ladyen et al 1993, Edwards, 1989)، وهذا النوع

من العلاج الجشطالتي قد صمم خصيصًا لتغيير المعتقدات الجوهرية، وغالبًا ما يستخدم مع مرضى اضطرابات الشخصية أكثر مما يستخدم مع مرضى المحور ١ (Axis I)، وكذلك يجعل المعالج المريضة تسترجع موقفًا مؤلمًا من الطفولة، والذي يبدو كأنه ساعد على تكوين المعتقد الجوهري واستمراره.

وفي المثال المطول التالي توضيح لما يفعله المعالج في النقاط الآتية:

١. التعرف على موقف معين يكون مؤلمًا في الوقت الحالي، ويبدو مرتبطًا باعتقاد جوهري مهم.
 ٢. إلقاء الضوء على شعور المريضة بالتركيز على الأفكار التلقائية، والمشاعر والأحاسيس الجسمانية.
 ٣. مساعدة المريضة على التعرف وإعادة خبرة تجربة مبكرة.
 ٤. التحدث مع الجزء الأصغر من المريضة للتعرف على الأفكار التلقائية والمشاعر والمعتقدات.
 ٥. مساعدة المريضة على تبني فهم مغاير للتجربة من خلال التخيل الموجه والأسئلة السقراطية والحوار ولعب الأدوار.
- وفي الحوار التالي نتحدث سالي عن تجربة مزعجة مرت بها البارحة حين شعرت أنها منتقدة من زملائها:
- المعالج: ممكن تتخيلي المنظر ده دلوقت، زى ما يكون حاصل دلوقتي حالاً؟ كلكم كنتم قاعدين حوالين الترابيزة. (يجعل المعالج سالي تتخيل بوضوح الموقف المؤلم بالصور).
- المريضة: ميمي بتقول (أنت ما عملتيهوش كويس، لازم نتحسنى شويه) وأنا شاعرة بالإحباط والحزن (أنا بأفكر) (أنا بأحبط كل إنسان أنا مش كويسة كفاية، أنا ما باعرفش أعمل حاجة صح، أنا يمكن أسقط).

المعالج: يا ترى أنت شاعرة بالحزن دلوقتى؟

المريضة: (تومئ)

المعالج: حاسة بيه فين من جسمك؟

المريضة: ورا عيونى.

المعالج: فيه أى مكان ثانى؟ فين الحزن ثانى.

المريضة: فى صدرى.. فى معدتى.. فيه ثقل.

المعالج: كويس.. تقدرى تركزى على الثقل؟ تقدرى فعلاً تشعرى بيه دلوقت فى

معدتك، فى صدرك، وورا عيونك؟

المريضة: (تومئ).

المعالج: ركزى على صدرك، على عيونك، على بطنك. (ينتظر حوالى ١٠ ثوانى)

سالى.. تقدرى تفكرى إمتى حسيتى بالثقل ده قبل كده، لما كنتى طفلة؟ إيه

هية أول مرة حسيتى فيها الإحساس ده؟

وفى الجزء التالى يجعل المعالج سالى تعيش الذكريات المعنية ثم يتحدث

مع الجزء الطفولى من سالى ليعرف ماذا فهمت من هذه التجربة فى ذلك الوقت

(لاحظ أن المعالج يحاول باستمرار تقوية البداية العاطفية للتجربة فيجعل سالى

تتحدث بأسلوب المضارع طول الوقت).

المريضة: أمى.. أمى.. تصرخ فى.

المعالج: سنك، كم سنة يا سالى؟

المريضة: ستة أو سبعة مش فاكدة بالضبط.

المعالج: كنت فين؟ اوصفى لى كل حاجة بالتفصيل على قد ما تقدرى.

المريضة: أنا فى البيت، أنا بأعمل واجباتي، عاوزه أعمل نوع من الفورمات، مش عارفه أعمله، أنا أعلم على الحروف الساكنة أو المتحركة أو حاجة زى كده، مش عارفة أعمل إيه. أنا كنت غائبة عن المدرسة فى الحصّة دي، مش عارفة بتتعمل إزاي.

المعالج: حصل إيه بعد كده؟

المريضة: ماما بتمشى فى المطبخ (ياالله نامى يا سالى، عندك مدرسة بكرة) (ما أقدرش لازم أخلص الواجب بتاعى).

المعالج: وبعدين؟

المريضة: هى بتقول (أنت هتفضلى تعمليه لأمتي. أنا من ساعة بأقولك قومي نامى).

المعالج: بتقولى إيه؟

المريضة: أنا لازم أخلصه النهارده، وألا حيكون فيه مشكلة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: هى بتقول: إيه حكايتك بالضبط؟ ليه مش قادرة تخلصى الواجب ده؟ دا سهل جدًا، أنت إيه.. غيبية؟ يا لله على السرير دلوقت.

المعالج: وبعدين؟

المعالج: أنا با جرى على أوضة النوم.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: ما عرفش، يمكن أنام (تبدو حزينة جدًا).

المعالج: إمتى كانت أسوأ نقطة؟

المریضة: لما كانت بتصرخ فیّ.

المعالج: کویس.. ممکن تتخیلی ده ثانی؟ أنت فین دلوقت؟

المریضة: أنا قاعدة على تراييزة المطبخ.

المعالج: و عمالة بتحاولی مع الواجب؟ مش عارفة تعملی إیه؟

المریضة: آیوه.

المعالج: وماما دخلت المطبخ؟ شكلها إیه؟ هی فین بالضبط؟

المریضة: هی طويلة، واقفة، وعصبية جدًا، شكلها...

المعالج: إزای عرفتی؟

المریضة: (عيناها مغرورقة بالدموع). وشها مكشر، وجسمها مشدود.

المعالج: وبعدين قالت...؟

المریضة: سالی.. یالله على السریر.

المعالج: آیوه کملی.

المریضة: (ماما ما قدرش أنام لازم أخلص الواجب) (أنا قلت على السریر.. مالک؟
مش عارفة تخلصیه لیه، دی مادة سهلة جدًا، أنت غبية ولا إیه؟)

المعالج: (برفق) سالی الصغیرة ٦ سنوات، شاعرة بإیه دلوقت؟

المریضة: حزينة (تبکی قليلاً).

المعالج: حزينة حقیقی؟

المریضة: (تومئ).

المعالج: (برقة) سالی أم ٦ سنين، إیه اللی بيدور فی مخک دلوقت؟

المريضة: أنا غبية، أنا ما أعرفش أعمل حاجة صح.

المعالج: قد إيه بتعتدى فى كده؟

المريضة: ١٠٠%.

المعالج: فيه إيه حاجة ثانية فى مخك؟

المريضة: أنا عمرى ما أحقدر أعمل حاجة صح.

لاحظ أن التشديد على المشاعر فى التجربة هو المفتاح الذى يؤكد أنه موضوع جوهرى بالنسبة للمريضة. وفى الجزء التالى يحاول المعالج أن يساعد سالى على إعادة تفسير التجربة أو إعادة فهمها.

المعالج: سالى الصغيرة أم ٦ سنين، أنا عاوزك تشوفى ده بطريقة مختلفة شوية. رأيك إيه الأفضل بالنسبة لك؟ تحب تتكلمى مع ماما وتشرحى لها ليه أنت عندك صعوبة؟ أو تحبى شخص يشرح إيه اللى بيحصل زى سالى أم ١٨ سنة مثلاً؟ أو شخص ثانى؟ إزاي تقدر تخليكى تشوفى إن دى طريقة مختلفة يا سالى أم ٦ سنين؟

المريضة: أنا مش عاوزة أتكلم مع ماما، لأنها حتصرخ فىّ وبس.

المعالج: عاوزة نفسك الكبيرة، ١٨ سنة تشرح لك يا سالى أم ٦ سنين؟

المريضة: أبوه.

المعالج: كويس.. ممكن تتخيلى إن ماما بتتمشى فى المطبخ، وسالى الـ ١٨ سنة ماشية فى المطبخ؟ وأنت عاوزاها تكون فىن؟

المريضة: تكون جنبى.. أفكر.

المعالج: جنبك جداً؟

المريضة: تومى).

المعالج: خلتنا نشوف سالى ال ١٨ سنة تتكلم مع سالى ال ٦ سنوات خلتها تسأل سالى الصغيرة، إيه الموضوع؟

المريضة: إيه الموضوع؟ (أنا حاسة أنى غبية، مقدرش أعمل حاجة صح).

المعالج: وسالى أم ١٨ سنة قالت إيه؟

المريضة: لا.. أنت مش غبية، الواجب ده صعب، دى مش غلطتك أنت مش غبية.

المعالج: وبعدين سالى الصغيرة تقول إيه؟

المريضة: لكن لازم أكون عارفة الواجب ده.

المعالج: خلى سالى الكبيرة تتكلم معاها.

المريضة: لا، دا مش حقيقي. أنت مش لازم تكونى عارفاه أنت كنت غائبة، أنت ما تعلمتيش الطريقة. الحقيقة دى غلطة المدرس اللى أعطاك واجب من غير ما يشرحه لك.

المعالج: يا ترى سالى أم ٦ سنين صدقتها؟

المريضة: شوية.

المعالج: هى سالى الصغيرة عاوزة تسأل عن إيه؟

المريضة: ليه كل حاجة لازم تكون صعبة؟ ليه مش عارفة أعمل حاجة صح؟

المعالج: طيب. سالى الكبيرة تقول إيه.

المريضة: أنت بتعملى حاجات كثيرة صح. حاجات زى أوراق الحساب، وتعرفى تلبسى هدمك لوحك، وتلعبنى بيسبول.

المعالج: يا ترى إيه رأى سالى الصغيرة؟

المريضة: (بس أنا ما أعرفش ألعب بيسبول كويس، روبرت بيلعب أحسن منى).

المعالج: ويا ترى سالى الكبيرة تقول إيه؟

المريضة: اسمعى.. هو أشطر منك فى اليبسبول، بس هو أكبر منك، ولما كان فى سنك كان زيك بالضبط، وأنت حتبقى أحسن بس اصبرى.

المعالج: وسالى الصغيرة حاسة بايه دلوقت؟

وحينما تقرر المريضة أن ذاتها الصغيرة قد أصبحت أقل حزناً يبدأ المعالج بتغليف التمرين مثلاً: (فيه حاجة ثانية عاوزة تسألها لسالى الكبيرة يا سالى الصغيرة؟). وإذا قررت المريضة أنها ما زالت متضايقه، يحاول المعالج مسلكاً آخر؛ فمثلاً:

المعالج: خلىنى أتكلم مع سالى الصغيرة (٦ سنوات). يا سالى الصغيرة أنت لسه حزينة، ليه لسه بتعتقدى أنك ما تقدرش تعملى حاجة صح؟

المريضة: (تفكر) ماما بتقولى كده.. هى صح.

المعالج: مش عاوزة تتكلمى معاها؟

المريضة: (بتردد) مش عارفة.

المعالج: إيه رأيك نلعب أدوار؟ يا سالى الصغيرة، أنت حتمثلى ماما وأنا حا مثلك، ابدأى أنت، تظاهرى أنك داخلة المطبخ وأنا با أعمل الواجب بتاعى.

المريضة: سالى.. يا الله على السرير دلوقت.

المعالج: لكن يا ماما أنا لازم أخلص الواجب بتاعى وإلا حىكون فيه مشكلة.

المريضة: إيه حكايتك بالضبط، أنت غبية ولا إيه؟

المعالج: لا أنا مش غبية، المدرس غلطان، الواجب ده صعب.

المريضة: إذا كان صعب، يبقى العيب فىكى. يعنى معناها إنك غبية.

المعالج: لا يا ماما دا مش حقيقي، أنت عاوزانى أكبر وأنا معتقدة أنى غيبة وما
أعرفش أعمل أى حاجة صح؟

المريضة: (تسكت قليلاً) لا. لا أنا مش باعتقد أنك غيبة، أنا مش عاوزاك تفكرى
كده لما تكبرى.

المعالج: أمال ليه بتقولى على غيبة لو ده مش صحيح؟

المريضة: ما كانش لازم أقول لك، دا مش حقيقى.

المعالج: طب ليه عملت كده.

المريضة: (تسكت).. مش عارفة، أنا ساعات باقى متضايقة، أنا بصراحة
عاوزاكى تروحي تنامى علشان عاوزة شوية هدوء.

المعالج: يعنى تقصدى أنى مش غيبة؟

المريضة: لا، لا ما أقصدش.. أنت مش غيبة خالص.

المعالج: لكن فيه حاجات كثيرة أنا ما أعرفش أعملها، ما أعرفش أقرأ كويس، ما
أعرفش أركب عجلة برجلين، روبرت يعرف يعمل كل حاجة.

المريضة: لكن روبرت أكبر منك، وأنت بكرة حتعرفى تعملى كل ده.

المعالج: لكن أنت بتشظى فى كثير لما باعملش حاجة كويس، لمأ ما أنضفش
حجرتى كويس، أو ما أعرفش أغسل الأطباق كويس، أو لما مش بجيب
درجات كويسة فى المدرسة.

المريضة: أنا بصراحة عاوزاك تكونى شاطرة فى كل حاجة. يمكن أنا مزوداها
شوية، لكن دا شعلى، أنا المفروض أدفعك لقدام، إزاي حتكبرى إذا ما
كنتيش شاطرة؟

المعالج: ماما إنتى بتدفعينى لكن بتحسسينى إنى خير كفاء وبليدة وزى ما يكون ما
أعرفش أعمل أى حاجة صح.. هو ده اللى أنت عاوزانى أعتقه لما أكبر؟

المريضة: لا، طبعاً لا يا حبيبتي.

المعالج: أمال عاوزاني أعتقد إيه؟

المريضة: إنك زكية، وإنك تقدرى تعملى كل اللي أنت عاوزاه.

المعالج: حقيقى يا ماما إنت شايفة كده إني زكية وأقدر أعمل أية حاجة؟

المريضة: أيوه يا حبيبتي.. أنا آسفة.

المعالج: برة اللعب دقيقة. دلوقت حاسة بإيه؟

المريضة: أحسن.

المعالج: ياالله نلعب ثاني، المرة دى أنت حتلعبى دور سالى الصغيرة قاعدة على ترابيزة المطبخ، تحاول مع الواجب بتاعها؟ ومركزة جامد على اللي بتفكر فيه وتحس بيه. ياالله نبدأ. أنا ماما وأنا ماشية فى المطبخ وبأقول (سالى ياالله على السرير) وتلعب سالى لعبة تبادل الأدوار مع المعالج لكى تعطى الفرصة لاختبار مصداقية أفكارها وخلصه موقفها من أمها. وفى النهاية يسأل المعالج سالى أن تكتب الاعتقاد القديم الذى نشط مع هذه الذكريات والاعتقاد الجديد، وتكتب مقدار ما يعتقد فى كل منها الآن (بالنسبة المئوية)، ثم يناقشان الموقف المؤلم الحالى المتعلق بصديقتها ميمى ومجموعة الاستذكار، ويساعد المعالج سالى أن تلخص استنتاجاً أكثر واقعيةً وتكيفاً. ومع نهاية الجلسة تعتقد سالى بنسبة ٢٠% بأنها غير كفاء و٧٠% بأنها كفاء، وأصبحت تعتقد بتفسير بديل بأن مساهمتها فى البحث لم يكن على مستوى توقع ميمى، إلا أن ذلك لا يجعل منها فاشلة (أو غير كفاء) بالمرة، وأنها إن لم تكن جيدة بالقدر المتوقع فهذا لا يعنى أنها فاشلة أو غير كفاء كشخص بصورة عامة، وأن السبب الأساسى لعدم توسعها فى البحث هو أن مجموعة البحث لم يكن لديها إرشادات واضحة وعدم خبرة سالى فى العمل مع مجموعة بحثية.

والخلاصة، إن المعتقدات الجوهرية تتطلب عملاً متسقاً منظماً، وأن هناك كثيراً من الطرق والتكتيكات القابلة للتطبيق لتعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسطية قد تستعمل مع طرق أخرى أكثر تخصصاً موجهة أساساً لتعديل المعتقدات الجوهرية.

الفصل الثانی عشر

طرق معرفية وسلوكية إضافية

لقد ذكرنا عددًا من الطرق المعرفية والسلوكية في الفصول السابقة من بينها الأسئلة السقراطية ولعب الأدوار العاطفي والمنطقي واستمارة الاعتقاد الجوهري والتخيل، ورصد مميزات وعيوب المعتقدات. وهذا الفصل يتناول بالوصف طرق أخرى مهمة، كثير منها ذات طبيعة معرفية وسلوكية في آنٍ واحد. وكما سيأتي ذكره في الفصل السادس عشر فإن المعالج يختار من هذه الطرق والتقنيات طبقًا لتصوره عن الحالة وأهدافه في جلسة معينة.

والطرق الموصوفة في هذا الفصل - كما هو الحال في كل طرق العلاج المعرفي - تهدف إلى التأثير في تفكير المريض وسلوكه ومشاعره، وتشمل حل المشاكل، واتخاذ القرارات، والتجارب السلوكية، ورصد الأنشطة، والجدولة، والتشتت، وإعادة التركيز، والاسترخاء، وكروت التكيف (بطاقات المواجهة)، والتعرض المتدرج، ولعب الأدوار، وطريقة الفطيرة الإيضاحية، والمقارنات الوظيفية مع النفس، والعبارات الإيجابية عن النفس، هذا وتوجد طرق إضافية أخرى في مراجع مختلفة (Beck & Emery, 1985, Mc Mullin, 1986).

حل المشكلات :Problem solving

توجد لدى المرضى - بالإضافة إلى أو بالتزامن مع اضطراباتهم النفسية مشاكل حياتية حقيقية، ويسأل المعالج عن هذه المشاكل في الجلسة الأولى مكونًا قائمة للمشكلات أو مترجمًا كل مشكلة إلى هدف إيجابي (الفصل الثالث). وفي كل جلسة يضع المعالج على الأجنحة المشاكل التي صادفت المريضة في الأسبوع الماضي أو المشاكل التي تتوقع أن تواجهها في الأسبوع المقبل. وبينما يتخذ المعالج في البداية دورًا نشطًا مقدمًا حلولاً إيجابية فإنه يشجع المريضة أن تقدم هي بنفسها سجل مشاكلها كلما تقدم العلاج.

وبعض المرضى يعانون من نقص فى مهارات حل المشاكل، وغالبًا ما يستفيدون من التعليمات المباشرة؛ حيث يتعلمون أن يحددوا أولاً المشكلة، ويفكرون فى الحلول ويختارون حلاً، وينفذونه ثم يقيمون فعالية هذا الحل، وكثير من المرضى قد يملكون مهارات جيدة فى هذا الصدد، وهؤلاء يحتاجون إلى خطة عملية لتقييم الأفكار المعطلة، والتي تعطل حل المشكلات.

فسالى - على سبيل المثال- كانت تعاني من صعوبة فى التركيز حينما كانت تستذكر دروسها، ولقد اقترح معالجها عدة أفكار عملية لتساعدنا بدءًا بالواجبات السهلة أولاً ومراجعة الملاحظات التى كتبتها فى الدرس قبل قراءة الموضوع فى الكتاب، وكتابة الأسئلة إذا لم تتأكد من فهمه، ويتفق الاثنان على تجربة هذه الطرق للتعرف على أكثرها نفعًا فى عملية التركيز والفهم.

ولقد ظهرت مشكلة أخرى بعد عدة جلسات حينما حصلت سالى على عمل تطوعى، وهو تعليم أحد أطفال الجيران، وعلى الرغم من أن الطفل كان متعاونًا، فإن سالى لم تكن متأكدة مما يجب عليها أن تفعله. وهى تعرف عقليًا كيف تحل المشكلة، فلقد أدركت أن عليها أن تتصل بمدرس الطفل أو الوكالة التى تنسق العمل التطوعى، ولكن اعتقادها أنها لا يجب عليها أن تطلب المساعدة قد عطلها، وبعد تقييم أفكارها التلقائية ومعتقداتها عن هذا الموقف نفسه نفذت سالى الحل الذى كانت هى قد أدركته من قبل.

وكذلك نشأت مشكلة أخرى حينما كان على سالى أن تكتب ورقة بحثية لفصل دراسي. ولقد استخدم معالجها استمارة حل المشكلات (انظر شكل ١٢ - ١) بالإضافة إلى الأسئلة السقراطية لكى يساعد سالى على التعرف والاستجابة الملائمة لأفكارها التلقائية ومعتقداتها المعطلة، والتي ساعدت سالى على تأجيل عملها.

إن حل بعض المشكلات يمكن أن يشتمل على تغييرات حياتية مهمة، فإنه يمكن بعد تقييم حذر لموقف ما، أن ينصح الزوج أو الزوجة التى تتعرض للإيذاء

الشديد أن تطلب اللجوء للشرطة أو تتخذ إجراء قانونيًا، وكذلك مريضة ليست راضية عن عملها يمكنها أن تدرس مميزات الاستمرار في ذلك العمل وعيوبه. وإذا كانت العيوب أقوى من المميزات يمكن للمعالج أن يناقش معها إمكانية البحث عن عمل آخر أو التدريب على مهنة أخرى. ومريضة في علاقة غير مشبعة أو تعيش موقفاً ما، تراجع مع معالجها إمكانية التكيف مع الوضع الحالي، وإذا لم يتم التقدم المطلوب يمكن التفكير في تغيير الوضع.

استمارة حل المشكلات. Problem solving Worksheet.

اسم المريضة... سالي

(حينما تتدخل الأفكار التلقائية أو المعتقدات أو المشاعر مع حل المشاكل)

١. المشكلة: البدء في ورقة بحثية من منهج الاقتصاد.

٢. المعنى الخاص: الأفكار التلقائية والمعتقدات.

أنا لست كفئاً بالقدر الذى يسمح لى بعمل ذلك.

١. الاستجابة للمعنى الخاص:

أنا كفء بالقدر الذى يسمح لى بالبداية. أنا لا أعرف بالضبط كيف

سأنجزه، ولكنى سأبدأ.

٤ - حلول ممكنة:

- الوقوف عند الفكرة الأصلية.

- تدوين مخطط عام على الورقة (١/٢ ساعة).

- مناقشة الأفكار مع زملاء السكن.

- قراءة بعض القرارات المقترحة وكتابة ملاحظات مختصرة.
- كتابة المسودة الأولى حول العمل بدرجة (C) وليس بدرجة (A)

شكل (١٣-١) استمارة حل المشكلات Copyright 1993

by Judith. S.Beck

اتخاذ القرار - Decision Making:

من الشائع أن يجد كثير من المرضى صعوبة في اتخاذ القرارات. وهنا يسأل المعالج أن يعدد مزايا وعيوب كل خيار على حدة، ومن ثم يساعد على تصميم نظام لوزن كل بند، ثم تستخلص النتيجة المناسبة والخيار الأفضل.

المعالج: كنت قلت إنك عاوزه مساعدة علشان تقرري حتروحي المدرسة فى الصيف أو هتلاقى شغل؟

المریضة: أبوة.

المعالج: كويس (يسحب ورقة) خليني أوريكي إزاي تشوفى المزايا والعيوب. عمرك عملتى ده قبل كده؟

المریضة: لا.. على الأقل عمري ما عملتها بالكتابة. أنا ساعات بأقيس المزايا والعيوب فى دماغي.

المعالج: جميل، دا حيساعدنا فى البداية. أفنكر إحنا لو كتبنا الكلام ده. حىلى القرار أوضح، تحبى تبدئى بإيه المدرسة أو الشغل؟

المعالج: اكتبى.. مميزات العمل على يمين الصفحة وعيوب العمل على الشمال وتحت فى الصفحة اكتبى على اليمين مميزات المدرسة وعلى الشمال عيوب المدرسة فى الصيف.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه؟ تقدرى تكتبى بعض الأفكار دى - المميزات

والعيوب فى أنك تلاقى شغل فى الصيف فى أعلى الصفحة على اليمين؟
(تكتب المريضة الأفكار التى كانت لديها من قبل.. وتسال بعض الأسئلة
لتساعدها) إيه رأيك فى أن البحث عن عمل يخليكى تشعري بالتغير،
بتعملى حاجة مختلفة، دى مش تعتبر ميزة؟

المريضة: نعم (نكتب).

المعالج: إيه رأيك إن الشغل يمكن يحرمك من الأجازة؟

المريضة: لا أنا حا دور على شغل يسمح لى بأنى أفضى الأسبوعين الأخيرين من
الأجازة مع أسرتى.

ويستمر المعالج والمريضة فى هذه العملية حتى تشعري المريضة أنها كتبت
جانبى الصفحة كما ينبغى، ثم يكرران العملية مع الخيار الثانى. وفحص المميزات
والعيوب بالنسبة لموضوع المدرسة الصيفية قد يذكر المريضة ببعض البنود
الإضافية لعملية إيجاد عمل، وكذلك تراجع المريضة بنود موضوع العمل حتى
ترى أن ما كان يقابلها من بنود تتناسب مع موضوع الدراسة الصيفية.

وبعد ذلك يساعد المعالج سالى على تقييم البنود.

المعالج: سالى.. دا كويس خالص. دلوقت عاوزك توزنى البنود بطريقة ما.. ممكن
تقدرى أهمية كل بند من صفر إلى ١٠ أو تحطى دائرة على كل بند
مهم.. إيه رأيك؟

المريضة: أحط دائرة على ما أظن.

المعالج: خلىنا نبص على لسته (الشغل) إيه أهم حاجة بالنسبة لك؟ (نضع دائرة
حول بعض البنود فى كل عمود من شكل (١٢-٢)). خلىنا نبص على اللى
حطيتى حواليه دائرة، إيه رأيك؟

المريضة: واضح أن العمود المعضلة فى حكاية شغل الصيف هو إنى ألاقى شغل،

لأنى لو لقيت شغل، حا أحب أعمل فلوس، وأشعر بأنى منتجة وكمان
يدينى راحة من الدراسة.

المعالج: لازم نفكر شويًا مع بعض فى الطريقة اللى حتدورى بها عن الشغل
وبعدين نراجع اللسته دى ونشوف إيه اللى هيحصل.

عيوب العمل فى الصيف

- ١- وجوب البحث عن العمل
- ٢- عدم وجود وقت للتسلية
- ٣- يمكن أن لا أحب هذا العمل

مميزات العمل فى الصيف

- ١- كسب المال
- ٢- اكتساب الخبرة
- ٣- نوع من التغيير فى نمط الحياة
- ٤- أقابل أناسًا مختلفين
- ٥- يجعلنى أشعر بأنى منتجة
- ٦- إضافة السيرة الذاتية

عيوب المدرسة الصيفية

- ١- لن أكسب مالاً، بل ستكلفنى مالاً
- ٢- لن أكتسب أى خبرة جديدة
- ٣- نفس الشئ الذى أفعله الآن
- ٤- لن تجعلنى أشعر أنى منتجة
- ٥- لا توجد إضافة للسيرة الذاتية

مميزات المدرسة الصيفية

- ١- سوف تكون هناك صديقتان
- ٢- سوف يزيح عنى مساق فصل الخريف
- ٣- عندى وقت فراغ كثير
- ٤- أنها كمية محدودة من الدراسة
- ٥- أسهل من البحث عن عمل

الشكل (١٢-٢) تحليل سالى للميزات والعيوب

وفى نهاية المناقشة، يتأكد المعالج من أن المريضة سوف تستخدم هذه الطريقة مرة أخرى.

المعالج: يا ترى إيه رأيك فى الطريقة دى، إنك تكتبى كل المزاي والعيوب وتوزنيها كويس، يا ترى شايفها مفيدة؟ ممكن تفكرى فى أى قرار عاوزة تتخذه وتستخدمى نفس الطريقة؟ حتفكرى تعملها إزاي؟

التجارب السلوكية:

إن التجارب السلوكية تختبر مصداقية أفكار المريضة أو اقتراحاتها بطريقة مباشرة، وتعتبر طريقة مهمة للتقييم سواء استخدمت بمفردها أو مع الأمثلة السقراطية. هذه التجارب يمكن أن تجرى فى المكتب أو خارجه، وهذا مثال على ذلك:

المعالج: يعنى أنت بتعتدى بقوة ٩٥% أنك مش بتقدرى تركزى كويس فى القراءة يا ترى دا طول الوقت وألا بعض الوقت؟
المريضة: كل الوقت.

المعالج: إيه رأيك لو نختبر الفكرة دى دلوقت حالاً. أنا عندي جريدة النهارده أهه رأيك نبص على الموضوع ده: خلانى عصبى جداً- هو عن إزاي حينودوا فاتورة الكهرباء ثاني. (يختار المعالج موضوعاً قصيراً يعتقد أن المريضة سوف تفهمه بلا مشكلة).

المريضة: ما شى (تقرأ الموضوع).

المعالج: خلاص؟ إيه رأيك؟ يا ترى حيرفعوا الفاتورة؟ يعنى استهلاكنا هيزيد.
المريضة: مش كده. الكاتب عمل قضية علشان يغطى تكاليف إعادة مد الأسلاك بعد العاصفة الشديدة اللى حصلت فى الصيف.

المعالج: ويمكن تكونى صح. أنا دائماً باكون شكاك بطريقة تلقائية لما أى مصلحة عامة تقترح زيادة تكلفتها. على أى حال، إيه رأيك دلوقت فى فكرتك عن نفسك إنك مش قادرة تركزى؟

المريضة: أفكر أنى ممكن أكون أحسن عن ما أنا فاكرة عن نفسى.

أمثلة للأفكار التلقائية الأخرى التى يمكن أن تختبر فى المكتب:

التجارب السلوكية	الأفكار التلقائية
- تلعب المريضة دور نفسها و يمثل المعالج الطرف الآخر.	- أنا لا أعرف ماذا أقول له.
- تجرى المريضة مكالمة تلفونية من المكتب	- لا أستطيع حتى أخذ موعد مع الدكتور.
- تراجع المريضة إعلانات العمل مع المعالج فى المكتب.	- لا يوجد أى عمل أنا مؤهلة له.
- تستجلب المريضة الدوار أو الدوخة من خلال سرعة التنفس بينما تُلَف الكرسى بسرعة (Clark, 1989).	- لو أنى أصبت بدوار أكثر فسوف أموت

وكذلك تشمل الواجبات المنزلية التجارب السلوكية التى يساعد فيها المعالج

كما يلي:

1. تعبر المريضة عن توقعات سلبية، ويقترح المعالج أن تختبر ذلك على مدار الأسبوع.
2. يقرر الاثنان كيف ومتى وأين سوف تختبر المريضة أفكارها. ويقترح المعالج تغييرات إذا احتاج الأمر لتعظيم فرصة النجاح.

٣. يسأل المعالج المريضة كيف سيكون رد فعلها إذا أكدت التجربة صدق أفكارها حتى يهيأ استجابة مقدماً.

وها هو مثال على ذلك:

المعالج: سالى - أنت عندك فكرة وصورة إنك مربوطة اللسان فى الفصل لدرجة أنك ما تقدرش تسألنى المدرس سؤال (ويسأل المعالج سالى كما ورد فى الفصل الثامن عن الدليل والدليل المضاد وما هى أسوأ الفروض وما هى النتيجة الواقعية المتوقعة.. إنه يبدو أن سالى تستطيع أن تعبر عن نفسها، ولكن ليس بصورة تامة) أيه رأيك تجربى الأسبوع ده، تختبرى الفكرة دى (أنك ما تقدرش تسألنى سؤال فى الفصل)؟

المريضة: طبعاً حاكون متوترة.. بس هحاول.

المعالج: تحبى تجربى فى أى حصة؟ إيه أكثر حاجة سهلة بالنسبة لك كأول مرة؟
المريضة: حصة الأدب أفكر.

المعالج: يا ترى عندك فكرة عن السؤال اللى عاوزة تسألينه؟

المريضة: (تفكر لحظة) فيه حاجة مش فاهماها. كنا بنقرأ قصة عن إنجلترا فى القرن ال ١٨. مش عارفه أن كانت طبيعة العائلة اللى فى الرواية أنها بتعامل المرأة كجزء من الممتلكات، أو علشان الطبقة الاجتماعية وألا المجتمع كله كان بيفكر كده!

المعالج: سؤال كويس.. يا ترى حتقدرى تقولىه إزاي للمدرس؟

المريضة: مش عارفة.. ممكن أقول مثلاً.. عائلة شارلوت عاملتها على أنها ممتلكات يا ترى كان المجتمع كله كده، وألا العيلة دى بس أو علشان طبقته الاجتماعية؟

المعالج: كويس.. سؤال زى ده حيكون اختبار كويس للفكرة اللى عندك (أن لسانك

مربوط) لو قلتيه كويس يبقى عظيم، ولو لقيتي أنك مش قادرة يبقى حنكلم فى الموضوع ده الأسبوع الجاي. خلينا دلوقت نفترض أنك حتلاقى بعض الصعوبات إيه الفكرة اللي ممكن تكون بتدور فى دماغك ساعتها؟

المريضة: إني بليدة

المعالج: أفكر، إنه من الأفضل أن إحنا نحضرك للحكاية دى دلوقت علشان ما تضايقش بعدين. ماشى؟ (يساعد المعالج سالى على تقييم هذه الفكرة مستخدمًا الأسئلة السقراطية ومكونًا بطاقات التكيف.

ولقد اختبرت سالى افتراضات أخرى مستخدمة التجارب السلوكية خارج الجلسات، وتشمل الآتى:

- إذا تكلمت (مع صديقتى فى الصف) قبل الحصة، سوف تسكتنى.
- إذا ذهبت إلى الأستاذ فلن يساعدنى.
- إذا ذهبت إلى الحفلة مساء السبت، سوف يكون وقتًا عصيبًا.
- إذا حاولت قراءة الفصل الثانى عشر، فلن أفهمه.
- حتى لو بدأت العمل فى الورقة البحثية فلن أقدر على إكمالها.

رصد الأنشطة وجدولتها:

إن خريطة الأنشطة هى ببساطة خريطة أو جدول بأيام الأسبوع فى أعلى الصفحة، وأما الساعات فتكون على يمين الصفحة، ويبين الشكل (١٣-٣) شكلاً قد أكمل جزئياً. وهذا الجدول يمكن أن يستخدم بطرق مختلفة مثل رصد أنشطة المريضة اليومية وقياس وتحليل الأنشطة السارة والمهارات، وقياس المشاعر السلبية، وجدولة الأنشطة السارة أو الأعمال المتزامنة واختبار التوقعات.

ويمكن للمعالج أن يسأل المريضة أولاً أن ترصد نشاطاتها لجمع

المعلومات المهمة. وكما هو الحال مع كل تكليف يقدم المعالج أولاً شرحاً لمعنى التكليف حتى تقتنع المريضة به وتفهمه، ثم يبدأ التكليف فى الجلسة لمعرفة المعوقات إن وجدت. وهذا التكليف ينبغي أن يكون فى مرحلة مبكرة من العلاج أى فى الجلسة الثانية أو الثالثة. وقد تكون المعلومات المقدمة غير ذى قيمة، ولكن التغيرات اللاحقة فى أنشطة المريضة غالباً ما تودى إلى تحسن مزاجها بصورة ملحوظة.

المعالج: من وصفك، واضح إنك بتعانى من أوقات عصبية لما تبدأى تعملى أى عمل، ومش مبسوطه من نفسك الأيام دي، مظبوط؟
المريضة: أيوة.

المعالج: يا ترى يكون من المفيد إنك ترصدى نشاطاتك دى فى الجدول ده، علشان تشوف الأسبوع الجاي أنت بتقضى وقتك إزاي وتعملى تقدير لنشاطاتك علشان تشوفى قد إيه بتشعرى بالسرور والإحساس بالإنجاز من اللى بتعمليه.
المريضة: ماشى.

المعالج: افترض أن إحنا نعمل مقياس للسرور علشان يكون عندك إرشادات تساعدك فى قياس نشاطك دلوقت على مقياس من صفر - ١٠. إيه النشاط اللى حا تعتبره (١٠)؟ النشاط اللى بيعطيكى أقصى إحساس بالسرور أو اللى بتعتقدى أنه يعطيكى أقصى إحساس بالسرور؟
المريضة: آه.. افنكر أنى أجيب (A) فى البحث.
المعالج: كويس.. اكتبى (A) على ورقة بحث فى الجدول.
المريضة: ماشى.. (نفعل ذلك).

المعالج: دلوقت إيه اللى حاتعتبريه (صفر)؟ نشاط ما بيدكيش أى إحساس بالسرور؟

المريضة: المذاكرة لامتحان الكيمياء.

المعالج: كويس.. اكتبى (صفر) لمذاكرة امتحان الكيمياء، إيه النشاط اللي ممكن نديله (٥) فى المقياس بتاعنا.

المريضة: افكر.. العشا مع زميلتى فى الغرفة.

المعالج: كويس.. اكتبى.. وإيه رأيك ٣ و ٧؟

وإذا استطاعت المريضة أن توافق الأنشطة مع الأرقام، فإن هذه النقاط الخمس الوندية تكون كافية. ويمكن للمعالج أن يعطى واجباً منزلياً للمريضة بأن تملأ بقية الأرقام أو تتركها خالية. وإذا وجدت صعوبة فى مقياس درجة سرورها، يستطيع المعالج بالتعاون معها أن يقرر ما يلي:

١- أن يملأ المقياس فى أثناء الجلسة.

٢- أن يغيراه إلى منخفض - متوسط - عال.

٣- الرجوع إلى ذلك فى جلسة لاحقة.

وفى بعض الأحيان تضع المريضة علامة (صفر) لنشاط معين على حين أن هذا النشاط لا يستحق هذا التقدير المتطرف، وفى هذه الحالات يمكن للمعالج أن يستفسر عن دقة الحكم، أو يستطيع الكشف عن نفسه بعض الشيء (يعنى تنظيف الحمام يأخذ درجة صفر يا ترى فيه حاجة أسوأ؟ أنا مثلاً لما أتخانى مع حد أو أصرخ فى أولادى وخصوصاً لو مستحقوش يعتبر "صفر" بالنسبة لى).

وبعد ملء مقياس السرور بطريقة كافية، يمكن للمريضة أن تملأ مقياساً للإنجازات بنفس الطريقة.

المعالج: دلوقت خلىنا نعمل مقياس للإنجازات المقررة - يعنى إحساسك أنك عملت حاجة أو حققت هدف بعد نشاط معين.

المریضة: (تفكر لحظة) تحديد مشكلة حقيقية فى الكیمياء.

المعالج: إيه اللی حیکون (صفر).

المریضة: یعنی مفیش إحساس بالإنجاز؟ ما أعرفش.. یمكن مسح الحمام ممکن
یکون حاجة أو أنى أشوف فیلم سیئ فى التلفزیون.

المعالج: وإیه اللی ممکن یكون (٥).

المریضة: آه... موازنة دفتر الشیکات (تملاً المریضة فى الجدول).

المعالج: ده.. کویس خالص. خلینا نطبق الكلام على اللحظة دي. إحنا دلوقت
الساعة ١١ صباحًا اکتبى (العلاج النفسى) وتحت الإنجاز (إ) أو السرور
(س) تکتبى الدرجة. دلوقت قد إیه حسیتى بالإنجاز من الجلسة دی؟

المریضة: حوالى (٥).

المعالج: والسرور.

المریضة: حوالى (٤) (نکتب فى المقیاس).

المعالج: كنت بتعملی إیه فى الساعة اللی قبل ما بتیجى للعلاج النهارده؟

المریضة: كنت بأذاکر فى المكتبة.

المعالج: اکتبى (المذاکرة فى المكتبة) فى العمود اللی قبل العلاج واکتبى الإنجاز
(إ) والسرور (س) ودلوقت بصى على المقیاس. إیه درجة الإنجاز التی
حسیتها فى الساعة دی؟ وقد إیه درجة السرور؟

المریضة: خلینا نشوف.. إحساس بالإنجاز كان ضعيف جدًا (صفر) یمكن.

المعالج: یعنی المذاکرة فى المكتبة زى مشاهدة فیلم رديء فى التلفزیون؟

المریضة: لا، طبعًا أفنکر أنى عندى إحساس بالإنجاز شويه، یعنی حوالى (٢).

المعالج: والسرور؟

المريضة: كان بالضبط زى مذاكرة الكيمياء.

المعالج: ماشى.. اكتبى الأرقام دى. (يملاً المعالج والمريضة أعمدة أكثر تحت الاستذكار حتى يطمئن المعالج أن المريضة أصبحت قادرة على تقدير الدرجات بدقة أكثر) دلوقت.. عرفتى حتعملى إيه كويس.

المريضة: نعم.

المعالج: تفتكرى ليه إحنا بنبذل مجهود علشان نعمل الحكاية دي؟

المريضة: أيوه.. يمكن دى هتساعدنى أنى أكون منظمة أكثر، وأشوف الوقت بيروح فى إيه.

المعالج: وتقدير الإنجاز والسرور؟

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: تفتكرى لو ألقينا نظرة على كل الأسبوع، ممكن نتعلم حاجة؟ يعنى مثلاً إيه الأنشطة اللي لازم تعملها أكثر -أقل؟ أو إيه الأنشطة اللي اتعودت تعملها، وكانت بتسبب لك سرور ودلوقت مش بتعملها؟ إيه الأنشطة اللي بتديكى إحساس ضعيف بالإنجاز والسرور مع أنها كانت زمان بتديك إحساس أجمل؟

المريضة: نعم.

المعالج: أفضل حاجة إنك تملى الكلام فى وقت قريب جداً من وقت إنهاء النشاط بقدر الإمكان. علشان ما تنسيش اللي عملتته وتكون درجاتك دقيقة. ولو ده مستحيل، ممكن تحاولى تملى الكلام فى وقت الغداء أو العشاء أو قبل ما تنامى؟

المريضة: إنشاء الله مفيش مشكلة.

المعالج: ولو قدرت تمليه كل يوم. علشان يدينا كل المعلومات الممكنة. وحتى لو عملتية يومين بس. حايدينا فكرة، دلوقت فكرى فى أى عقبة ممكن تقف فى سبيل عمل الكلام ده؟ أى مشاكل عمليه أو أفكار؟

المريضة: أنا بس ممكن أنسى أعمل الكلام ده ساعات.

المعالج: فيه أى مشاكل ثانية؟

المريضة: لا.. هأقدر أعمله إن شاء الله.

المعالج: دلوقت، عاوزك تراجعى الأنشطة فى اليوم اللى قبل الجلسة أو فى يوم الجلسة نفسها. ولو عندك ملاحظات تكتبها فى الأسفل أو فى ظهر الورقة.

المريضة: ماشى.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الكلام فى كراسة الواجب، وكل واحد يأخذ نسخة؟

المريضة: ماشى.

جدول الأنشطة

اليوم ٧	اليوم ٦	اليوم ٥	اليوم ٤	اليوم ٣	اليوم ٢	اليوم ١	الوقت
						الروتين الصباحي ٢=١، س=صفر	٩-٨ ص
						المذاكرة ٢=١، س=صفر	١٠-٩ ص
						الجلسة العلاجية ٤=١، س=٤	١١-١٠ ص
						الجلوس بالخارج ٣=١، س=٣	١٢-١١ ص
						الغذاء ٣=١، س=٣	١٢-١١ م
						درس الكيمياء ٣=١، س=٣	١٢-١١ م
						↓	١٢-١١ م
						المذاكرة ١=١، س=٢	١٢-١١ م
							١٢-١١ م
						↓	١٢-١١ م
						العشاء ٤=١، س=٢	١٢-١١ م
						التلفاز	١٢-١١ م

						٢=١، ٢=س	
							٨-٩م
							٩-١٠م
							١٠-١١م
							١١-١٢م
نوم							

الشكل ١٢ - ٣ جدول . Copyright 1995 by Judith beck .

مقياس السرور

مقياس الإنجاز

١ صفر.. مذاكرة الكيمياء للامتحان

١ صفر مشاهدة فيلم ردىء

١

١

٢

٢

٣ ركوب دراجتى حول المجمع السكني

٣ تنظيف مكتبى

٤

٤

٥ تناول العشاء مع صديقتي

٥ موازنة دفتر الشيكات

٦

٦

٧

٧

٨ الانتهاء من ورقة أدب الانجليزى ٨ الفوز فى مباراة البسبول

١٠ تحديد مشكلة في مذاكرة الكيمياء ١٠ الحصول على A+ البحث

الشكل ١٢ ، ٣ تابع

مراجعة جدول الأنشطة (الأسبوع التالي)

يراجع المعالج والمريضة جدول الأنشطة، ناظرين إلى الأسلوب، ومن ثم استخلاص النتيجة كما يلي:

١. ما الأنشطة التي مثلت بقوة لتعود إلى حياة متوازنة؟ وما هي التي لم تمثل بالقدر الكافي؟ وهل تقضى المريضة وقتاً معقولاً في الأنشطة ذات علاقة بالعمل أو الدراسة أو الأسرة أو الأصدقاء أو اللهو والرياضة البدنية أو الأنشطة الروحية أو الثقافية أو العقلانية؟

٢. ما الأنشطة الأعلى من حيث المقدرة أو الإنجاز والسرور؟ وهل على المريضة أن تزيد من معدل هذه الأنشطة؟

٣. ما الأنشطة الأقل في المقدرة والإحساس بالإنجاز والسرور؟ وهل هذه الأنشطة مملّة بطبيعتها، ولذا يجب تخفيض معدلها؟ أو أن المريضة تشعر بالإحباط عند أداء أنشطة مشجعة بسبب أفكارها التلقائية؟ وهنا على المعالج أن يعمل على العلاج المعرفي بدلاً من التوصية فقط بتخفيض معدل هذه الأنشطة.

وفى الحوار التالي، يراجع المعالج جدول الأنشطة مع سالي، مشجعاً لها على استنتاجاتها، على أنه ينبغي أن تنظم وقتها أكثر من ذلك، ويشجعها على الالتزام بعمل تغيرات معينة مستنبطاً الأفكار التي يمكن أن تعطلها عن إجراء هذه التعديلات واصفاً أفكارها بأنها قد تكون مجرد تكهنات يمكن التحقق منها.

المعالج: أنا شايف إنك ملتي الجدول فى كل الأيام. دا كويس خالص. يا ترى كان عندك فرصة تلقى نظره عليه؟

المريضة: أيوه. أنا لاحظت إنى بأقضى وقت كبير فى السرير عن الأول.

المعالج: ويا ترى الرقاد فى السرير بيديك سرور وإحساس بالإنجاز؟

المريضة: لا بالعكس، معدلاتى كانت أقل بسبب الرقاد فى السرير.

المعالج: كويس. دى معلومات كويسة وقيمة، زى ما يكون كل الناس المكتئبين بيبتكروا أنهم حيثحسنوا لو فضلوا فى السرير لكن بعدين بيكتشفوا أن أى حاجة أحسن من الرقاد فى السرير. ياترى اتعلمت حاجة ثانية.

المريضة: أيوه أنا انتبهت إنى كنت متعودة أخرج كثير مع صحابى ونروح أماكن كثيرة، لكن دلوقت بقيت من بيتى للكلية للمكتبة وبس، وأرجع تانى عالييت.

المعالج: يا ترى دا بيدكى فكره عن أى تغييرات محتمله ممكن عملها الأسبوع الجاى؟

المريضة: أيوه. عاوزه أفضى وقت شوية أكثر مع الناس، لكن معنديش طاقة.

المعالج: يعنى. حتكون النتيجة أنك تنامى فى السرير؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. دى فكرة مهمة خالص عندك (أنا ما عنديش طاقة علشان أفضى وقت أطول مع الناس)، اكتبى الكلام

وتعالى نقيم الفكرة دى ونشوف قد إيه هى صحيحة.

المريضة: أيوه ممكن أعمل خطة إنى أفضى وقت أطول مع أصدقائى، وأشوف إن كنت حاقدِر.

المعالج: كويس فيه أى ميزه للحكاية دى؟

المريضة: يمكن أشعر بتحسن.

المعالج: ممكن تخيلى نفسك أنك النهاردة مساء، وشايفه بعض الأصدقاء وبتفكرى (أنا ممكن أروح واسألهم حتعملوا إيه النهارده). إيه ثانى بيدور فى دماغك؟

المريضة: جايز مش عاوزينى أكون معاهم.

المعالج: كويس.. تقدرى تشوفى قد إيه الفكرة دى ممكن تعطلك من أنك تقربى منهم؟ إزاي تجاوبى على الفكرة دي؟

المريضة: مش عارفة

المعالج: عندك أى دليل أنهم مش عاوزينك تخرجى معاهم؟

المريضة: لا.. الحقيقة إلا إذا كان عندهم مشاوير ثانية أو شغل.

المعالج: إزاي تقدرى تعرفى أن الفكرة دى (ما يحبوش يخرجوا معايا) فكرة حقيقية؟

المريضة: ممكن أسألهم وأشوف.

المعالج: كويس.. إذن لوجت الفرصة تقدرى تختبرى فكرتين. الأولى إنك ما عندكيش طاقة علشان تقضى وقت مع الناس. والثانية إن أصدقاءك ما يحبوش يخرجوا معاكى.. مضبوط؟

المريضة: نعم.

المعالج: يا ترى عاوزة تتكلمى بصورة خاصة إمتى وفين وإزاي حتقضى وقت مع أصدقائك؟

المريضة: لا.. بعدين هاحدد بينى وبين نفسي.

المعالج: إيه رأيك.. نحط فى كرأسه الواجب، إنك تكتبى أى أفكار تلقائية ممكن تعطلك عن خطة مقابلة الأصحاب؟

المريضة: ماشى.

المعالج: فيه حاجة ثانية لاحظتها غير إنك بتقضى وقت كبير فى السرير، ووقت قليل مع الأصدقاء؟

المريضة: أيوه.. أنا باتفرج كثير على التلفزيون مع أنى ما باستمتعتش بيه.

المعالج: فيه حاجة ثانية ممكن تحاولى عملها بدل الفرجة على التلفزيون الأسبوع ده؟

المريضة: أنا حقيقى مش عارفه.

المعالج: أنا لاحظت أنك ما بتقضى وقت كافي فى الأنشطة الجسمانية مضبوط؟

المريضة: أيوه.. أنا كنت متعودة أجرى وأعوم كل أسبوع.

المعالج: وإيه اللي عطلك اليومين دول؟

المريضة: يعنى حاسة أنى تعبان، وحاسة أنى مش حا أنبسط.

المعالج: إيه رأيك تعملى رياضة أكثر الأسبوع ده؟

المريضة: (تومئ وتكتتب).

المعالج: يا ترى.. إيه احتمالات أنك حتعملى خطة للخروج مع أصحابك وتلعبى

رياضة أكثر الأسبوع ده؟

المريضة: آه.. إنشاء الله حا أعمل كده.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الكلمة فى جدول الأعمال الفاضى، علشان يكون عندك

التزام أكثر؟

المريضة: لا.. أنا مش محتاجة للكتابة.. أنا هأعمل من غير حاجة.

المعالج: يا ترى تحبى الأسبوع الجاي تملى جدول جديد للأنشطة اليومية أو تخلى الجدول ده وتبصى عليه ثانى وتحاولى تنفذى اللي قلنا عليه؟

المريضة: لا أنا حا أفضل مع ده، وأحاول أنفذ اللي قلنا عليه.

فى هذا السياق، يقود المعالج سالى أن تخرج بنتيجة ما من ملاحظة نشاطاتها الأسبوعية، ويحتاج بعض المرضى إلى مزيد من المساعدة أكثر من غيرهم. (مثلاً: هل لاحظت كم الوقت الذى تقضينه فى الفراش؟ ما تقييمك لذلك؟ وهل لديك خطط للتغيير سوف تحاولينها هذا الأسبوع؟). هنا يحاول المعالج أن يوحى لسالى أن تقوم ببعض التغييرات، ويساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية التى يمكن أن تعطلها، ثم يحاول أن ينتزع موافقتها لاختبار توقعاتها السلبية ويعطيها حرية الاختيار لرصد نشاطاتها فى الأسبوع القادم وعند مراجعة الأنشطة، يكون المعالج منتبهاً للأفكار التلقائية المعطلة، والتي يمكن أن تؤثر فى مقدرة المريضة على الاستمتاع بها أو إتقانها. وحينما يلاحظ أن العلامات المرصودة لنشاط معين هى أقل مما توقع حينئذ يبحث المعالج عن الأفكار التلقائية التى تنشط فى أثناء هذا النشاط.

المعالج: أنا ملاحظ هنا تحت (الواجب المنزلى فى المكتبة) إمبراح إنت أعطيت (١) للاتجار و (١) للسرور كنت بتعملى إيه ساعتها؟

المريضة: آه.. أنا كنت باشتغل فى ورقة اقتصاد.

المعالج: واضح إن الدرجات اقل بكثير من أى نشاط ثانى فى الأسبوع المريضة: أيوه.

المعالج: تقدرى تفكرى إيه اللي كان بيدور فى دماغك وأنت بتشتغلى فى الورقة دى؟

المريضة: لا.. مش فاكروه.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك دلوقت فى المكتبة؟ كانت الساعة واحدة إمبراح، كنت قاعدة فين بالضبط؟

المريضة: فى صالة الدور الرابع، على تربييزة صغيرة كدة.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك قاعدة هناك دلوقت؟ أنت بتقرى ولا بتبطلقى فى ورقتك، ولا إيه؟

المريضة: أنا مسنودة على الخلف بابلق فى الورقة.

المعالج: حاسة بإيه.

المريضة: قرفانة.

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك؟

المريضة: أنا ماليش نفس أعمل الورقة، دى مملة، أنا مش عارفة أعمل فيها حاجة.

المعالج: كويس.. أنت بدأت فى الشغل الساعة (واحدة ونصف) بعد الظهر إيه إالى بيحصل دلوقت؟

المريضة: أنا كتبت حوالى نصف صفحة، أنا بافكر "إيه تضبيح الوقت ده، ودا صراحة غباء، أنا مش هأقدر أكمل".

المعالج: وإيه شعورك؟

المريضة: قرفانة.

المعالج: علشان كدة درجاتك كانت قليلة شفتى إزاي أن أفكارك أثرت على مشاعرك؟

المريضة: نعم أنا اتھياً لى إنى كنت باكره نفسى فى الشغل اللى باعمله.
المعالج: تفتكرى كان إيه شعورك لو قلتى لنفسك (كويس أنا خلصت نص الصفحة
ومش قادرة أكمل.. على العموم أنا خلصت الجزء الأصعب)؟
المريضة: كان ممكن يكون شعورى أحسن من كدة.
المعالج: إيه رأيك الأسبوع ده. لما تلاحظى أنك مكتئبة تحاولى تغيىرى أفكارك
وتسجلى مشاعرك بعد كدة؟
المريضة: ماشى.

المعالج: دلوقت.. لو رجعت الكراسه النشاط اليومى تقدرى تشوفى أى مثال ثانى
أثرت فيه أفكارك على مشاعرك أو إنجازك.

فى هذا الجزء يستخدم المعالج جدول الأنشطة لكى يتعرف على المواقف
اللى أثرت فيها الأفكار التلقائية على الإحساس بالسيطرة والشعور بالرضا. وقد
استخدم طريقة التخيل لكى يساعد المريضة على تذكر الأفكار التلقائية، وأوضح
كيف أن الأفكار الأخرى يمكن أن تؤثر فى مشاعرها بطريقة إيجابية. وأخيراً فقد
أعد واجباً منزلياً للمريضة حتى تستطيع أن ترصد أفكارها التلقائية، وكذلك يتساءل
المعالج عما إذا كانت هناك أى نشاطات أخرى خلال الأسبوع الماضى يمكن أن
تكون قد اصطبغت بالأفكار السلبية.

قياس المزاج باستخدام جدول الأنشطة:

قد يكون من المفيد لبعض المرضى استخدام جدول الأنشطة للتحقق من
حدوث مشاعر معينة أو مزاج معين. فعلى سبيل المثال يمكن لمريض مصاب
بعصاب القلق أن يملأ الأنشطة المختلفة مع درجة القلق من (صفر إلى ١٠).
وكذلك يمكن لمريض دائم التوتر والغضب أن يفعل الشئ نفسه واصفاً مقياس
للغضب من (صفر إلى ١٠ اش). واستخدام مثل هذه المقاييس يكون نافعاً بصفة

خاصة للمرضى الذين لا يلاحظون التغيرات الطفيفة في مشاعرهم. أو بالنسبة للمرضى دائمي التهويل أو التقليل من وصف مشاعرهم، وكذلك مرضى التغيير السريع في المشاعر يمكن أن يجدوا نفعاً في تسجيل أنشطتهم والمشاعر والمشاعر السائدة التي اختبروها مع كل نشاط.

جدولة الأنشطة:

ويمكن لنفس جدول الأنشطة أن يستخدم في تنظيمها؛ فبدلاً من رصد وتسجيل الأنشطة أثناء الأسبوع، يمكن للمريضة أن تخطط وتكتب أنشطتها المتوقعة للأسبوع القادم (مثل الأنشطة السارة لمرضى الاكتئاب)، والأعمال التي يجب أن تنجز، والاجتماعيات وواجب العلاج المنزلي و الرياضة أو الأنشطة التي كانت تتجنبها فيما سبق. ويمكن للمعالج أيضاً أن يسأل المريضة عن جدول مواز (راصداً) كما سبق وصفه، مسجلة إذا كانت قد حققت كل الأنشطة الموضوعه فى الخطة أم بعض منها ويمكن للمعالج - إذا رأى ذلك مفيداً - أن يجعل المريضة تتنبأ بدرجة من الإحساس بالسيطرة والسرور أو درجة مشاعر معينة ثم تسجل الدرجة الحقيقية التي شعرت بها، ويمكن لهذه المقارنات أن تكون مصدراً للمعلومات المفيدة.

المعالج: خلينا نقلى نظره على تنبواتك فى جدول الأنشطة الأول، وبعدين نسجل المشاعر الحقيقية اللى شعرت بها فى الجدول التالى:

المريضة: (تومئ).

المعالج: خلينا نشوف.. واضح إنك كنت متوقعة درجات ضعيفة جدًا تقريباً من (صفر إلى ٣) للمرات الثلاثة اللى خططت فيهم أنك تقابلى أصحابك.. عاوز أشوف اللى حصل فعلاً.

المريضة: الحقيقة أنا قضيت وقت أفضل كما كنت متوقعة، مقياس السرور عندى كان من (٣ إلى ٥).

المعالج: ودا بيعرفك إيه؟

المريضة: أفكر إنى مش متنبئة كويسة، أنا افكرت أنى مش حا استمتع، لكن استمتعت، على الأقل شوية.

المعالج: تحبى تجدولى بعض النشاطات الاجتماعية للأسبوع الجاي ده؟

المريضة: الحقيقة أنا فعلاً عملت كده.. أنا عملت خطة مع بعض أصحابى للأسبوع الجاي.

المعالج: تقدرى تتوقعى اللى ممكن يحصل؟ فى الحقيقة اللى كان بيحصل قبل العلاج كنت دائماً تتوقعى إنك حتقضى وقت سخييف مع أصحابك وعلشان كده ماعملتيش أى خطة أو كنت بتسخفى خططهم، لكن واضح أن حكاية جدول الأنشطة والواجب المنزلى ساعدك أنك تعرفى أنه ماكانش وقت سخييف ولا حاجة وبعدين أنت بنفسك عملت خطة للخروج معاهم الأسبوع الجاي....صح؟

المريضة: نعم... أنا بدأت أعرف أنى كان عندى توقعات سلبية كثيرة، وده بيكرنى إنى أكلّمك فى أحد التوقعات اللى طلع أسوأ.

المعالج: ماشى.. إمتى الكلام ده.

المريضة: أنا توقعت أنى هاجيب (٤) فى الإحساس بالسرور والسيطرة لما رحى أجرى فى نهاية الأسبوع لكن سجلت فى الحقيقة (١).

المعالج: عندك فكرة ليه؟

المريضة: لا فى الحقيقة.

المعالج: كان إيه إحساسك وأنت بتجربى؟

المريضة: غالباً حزينة.

المعالج: وكان إيه اللي بيجرى فى مخك؟

المريضة: مش عارفة... أنا ما كنتش حاسة إنى كويسة أنا كنت حاسة بدوخة ما أقدرش أقولك كانت صعبة قد إيه.

المعالج: يا ترى كان عندك فكرة زى دى (أنا دايحة...دا صعب جدًا)؟

المريضة: أبوة... زى كدة.

المعالج: فى حاجة ثانية دارت فى دماغك.

المريضة: أنا فاكرة قد إيه كانت سهلة فى الأول كان ممكن أجرى ميلين أو ثلاثة بدون أى دوخة.

المعالج: عندك تخيل أو تصور عن الحالة دى ساعتها؟

المريضة: نعم..أنا شكلى وحش دلوقت، فعلاً صعب على أنى أكون فى الصورة الكويسة..أنا مش ممكن هارجع تانى للصورة الكويسة.

المعالج: كويس.. خلىنى أشوف لو كنت فهمت هنا فى مكتبى أنت توقعت إنك حتكونى مبسوطه لو خرجت للجري، لكن واضح أنك ماكنتيش مبسوطه كثير لما بدأت تجرى زى ما يكون جات لك أفكار حرمتك من الإحساس دة زى (ده صعب) (أنا دايحة) (أنا عمري ما هارجع للياقتى تانى) والأفكار دى خلالتك حزينة مش كدة برضه وألا إيه ؟

المريضة: نعم.

وفى هذا الجزء الأخير يستخدم المعالج جدول الأنشطة كوسيلة للتعرف على مجموعة من الأفكار التلقائية التى كانت تقلل من إحساس المريضة بالمتعة من أى نشاط تقوم به.. وفى الجزء القادم سوف يساعدها على تقييم الفكرة الجوهرية (أنا ممكن هارجع لشكلى الأول تانى). وسوف يعلمها أيضًا إن تقارن نفسها بما كانت عندما كانت فى أسوأ نقطه لها بدلاً من المقارنة بأفضل نقطة.

التشتت (الإلهاء) وإعادة التركيز:

Distraction and refocusing

وكما ورد فى الفصل الثامن فإنه من الأفضل للمريضة أن تقم أفكارها التلقائية فى اللحظة وتعديل تفكيرها بعد ذلك. وفى مواقف كثيرة تكون هذه الاستراتيجية غير متاحة، وهنا نلجأ لاستراتيجيات أخرى مثل إعادة التركيز، والتشتت (أو الإلهاء) أو نسخ الكروت وتغيير طريقة إعادة التركيز نابعة بصفه خاصة من المواقف التى تتطلب قدر من التركيز فى العمل، مثل الانتهاء من واجب منزلى أو الانخراط فى محادثة أو أثناء القيادة. يعلم المعالج المريضة أن تركيز فى العمل الحالى وأن تحول انتباهها عمداً إلى التقرير الذى تكتبه أو ما يقوله محادثتها أو إلى الطريق الذى أمامها.. ويراجع المعالج هذه الاستراتيجية مع المريضة حتى يظهر كيف استطاعت التركيز فى الأسبوع الماضى، وكيف نستطيع ذلك فى المستقبل؟

المعالج: كويس.. فيه طريقة لما تشعري بالقلق فى الصف إنك تحاولي تجاوبى على أفكارك.. لكن فيه طريقة أحسن إنك تحاولي توقفى التفكير وتركزى على اللي بيحصل فى الصف. يا ترى عملتى ده قبل كده يعنى بذلتى مجهود علشان تركزى فى الصف؟

المريضة: آه.. يمكن.

المعالج: عملتى كده إزاي؟

المريضة: يمكن يساعدنى كثير لو بدأت اكتب ملاحظات.

المعالج: كويس.. إيه رأيك الأسبوع ده لو حاولتى تتخلصى من القلق أثناء الحصه أما إنك تحولى أفكارك أو تحاولى تركزى فى الدرس أو تكتبى ملاحظات كثيرة أو تعملى كل الطرق دى مع بعض.

المريضة: حاضر.

المعالج: يا ترى هتفتكرى إزاي انك تعملى كده؟

وفى أحيان أخرى حينما تكون مشاعر المريضة مزدحمة، ولا يكون لديها عمل حالى بين يديها قد يكون الإلهاء أو تحويل الانتباه نافعًا. ومرة أخرى يحاول المعالج إظهار ما نفع المريضة فى الماضى، ويقترح عليها بعض الطرق للمستقبل.

المعالج: إنت عملتى سجل الأفكار المعطلة، لكنك لسة حاسة بالقلق؟

المريضة: نعم

المعالج: ممكن بعدين فى الجلسة دى نشوف ليه إنت ما بتشعرىش بتحسن بعد سجل الأفكار المعطلة، لكن دلوقت أنا عاوز أسألك عن إيه ثانى اللى تقدرى تعمليه علشان نقلل من مشاعر القلق؟ ماشى؟

المريضة: آه.. آه ده ممكن يساعدى.

المعالج: سالى.. تقدرى تقولى إيه اللى بتعمليه علشان تلهى نفسك لما تشعري بالحزن أو الضيق.

المريضة: أروح أفتح التلفزيون.

المعالج: وده بيساعدك ؟

المريضة: ساعات أنسى نفسى وأشعر بتحسن، وساعات لا.

المعالج: إيه ثانى بتعمليه؟

المريضة: ساعات أمسك الجريدة أو أحل الكلمات المتقاطعة. بس ده مش بيساعدى فى كل الأحيان.

المعالج: فيه أفكار ثانية؟

المریضة: لا..

المعالج: خلینی أقول لك بعض الحاجات اللى الناس الثانية وجدتها نافعة. لازم تجربى طريقة أو اثنين منهم الأسبوع ده مثلاً انزلى امشى مشوار أو أجرى أو اتصلی بصدیقة بالتلیفون رتبى دولابك أو مكتبك أو رتبى الرفوف، أو حاولى تظبطى دفتر شیکاتك، أو روحى للبقال، أو روحى لزيارة جارتك إيه رأيك؟ تجربى حاجة من دى الأسبوع ده؟

المریضة: أفكر الجرى ممكن يكون مفید، أنا أتعود علیه.

والحل الأفضل للتغلب على الحزن لیس فقط بدفع الأفكار المحزنة من أذهاننا بالتركيز أو الإلهاء. والمرضى يحتاجون لوسائل متعددة لتخفيف أحزانهم. خصوصاً إذا كان التركيب المعرفى غیر فعال أو عملى، ولكن بعض المرضى يعتمدون علیها اعتماداً كلياً بدلاً من تقييم أفكارهم التلقائية ومحاولة تعديلها. وفيما یلى مناقشة بهذا المعنى:

المعالج: یعنی.. اللى بتقولیه إنك بتحاولى أنك تطردى أفكارك عن ذهنك لما تشعري بتوتر أو حزن.

المریضة: نعم.

المعالج: وهل یا ترى الأفكار دى بتتلاشى من مخك نهائياً؟

المریضة: لا.. دائماً بترجع تانى.

المعالج: یعنی أنت ما بتدرددیش الأفكار دى بره عقلك أنت بتدفعیها فى مؤخرة عقلك لغاية ما تلاقى فرصة ثانية وتظهر فى المقدمة وتخليك بائسة؟

المریضة: يتهىأ لى كده.

المعالج: یا ريت الأسبوع الجای ده تبطلی ترفضى الأفكار دى أو تحاولى تهرب منها عن طريق الإلهاء أو إعادة التركيز وتحاولى تقييمى الأفكار زى ما تعلمتى قبل كده.

المريضة: هاحاول.

المعالج: حتى لو كان من المستحيل أنك تعملى سجل الأفكار المعطلة فى الوقت المناسب ممكن تعمليه أول ما تلاقى وقت.

الاسترخاء:

يستفيد كثير من المرضى من تمارين الاسترخاء والموصوفة بالتفصيل فى مواضع أخرى (Bensen, 1975). وكما هو حال التكنيكات التى وردت فى هذا الكتاب فإن تقنيات الاسترخاء ينبغى أن تعلم، وأن تمارس فى أثناء الجلسات حيث يمكن التعامل مع المشاكل ويمكن تقييم الفاعلية. وينبغى أيضا على المعالج أن يكون منتبهاً إلى أن بعض المرضى يختبرون تأثيراً معاكساً - أى يصابون بالتوتر- من تمارين الاسترخاء (Clark, 1989) وكما هو الحال فى كل التقنيات يقترح المعالج على المريضة أن تحاول تمارين الاسترخاء على سبيل التجربة؛ فإما أن تساعد على خفض التوتر أو تؤدي إلى أفكاراً مقلقة يمكن تقييمها ومحاولة تعديلها.

بطاقات التكيف Coping Cards:

بطاقات التكيف هى فى العادة بطاقات بحجم 3 × 5 سم تحتفظ بها المريضة بالقرب منها (فى درج المكتب، أو فى جيبها، أو حقيبتها أو تعلق فى مرآة الحمام، أو الثلاجة أو تابلوه السيارة). وتشجع المريضة على قراءتها بصفة منتظمة (3 مرات يومياً) أو عند الحاجة. وتأخذ هذه الكروت عدة أشكال نورد منها ثلاثة أمثلة مثل: كتابة الأفكار التلقائية المعطلة على ناحية واستجاباتها التكيفية الإيجابية على الناحية الأخرى. أو إعداد استراتيجيات سلوكية لاستخدامها فى مواقف معينة أو كتابة تعليمات ذاتية لتنشيط المريضة.

بطاقة التكيف (1) الأفكار المعطلة - الاستجابات التكيفية حينما لا تستطيع

المريضة تقييم أفكارها المزعجة أو حينما تفشل طرق الإلهاء أو تحويل الانتباه يمكن للمريضة أن تقرأ بطاقة التكيف (انظر شكل ١٢ - ٤ و ١٢ - ٥)، والتي أعدتها المريضة مع المعالج، وأنه لمن المستحسن أن تقرأ المريضة هذه الكروت بصفة منتظمة حتى تستطيع إدماجها في تفكيرها.

المعالج: تفكرى أنه من المفيد أن يكون عندك بطاقة (كارت) تقرأ فيه علشان يفكرك إزاي تستجيبى للفكرة دى (أنا ما أقدرش أعمل ده لما تكونى بتدرسى فى كتابك الاقتصاد).

المريضة: نعم.

المعالج: إيه رأيك تاخدى الكارت ده وتكتبى (أنا ما أقدرش أعمل ده) على ناحية من الكارت.

المريضة: (تفعل ذلك).

المعالج: دلوقت.. إالى ناقشناه حالياً، حيكون كويس إنك تفكرىه.

بمتابعة المناقشة، تكتب المريضة أهم النقاط على الجانب الآخر من البطاقة، ثم يناقش المعالج والمريضة متى يكون من المفيد قراءة البطاقة مثلاً ساعة الإفطار أو الغداء أو العشاء أو فى أوقات استراتيجية فى أثناء النهار، قبل أن تجمع كتبها لتذهب إلى المكتبة أو حينما تجلس فى المكتبة أو حينما تواجه نصاً صعب الفهم.

بطاقة التكيف (١)

الجانب (١) الأفكار التلقائية أنا لا أستطيع عمل ذلك
--

الجانب (٢)

الاستجابة التكيفية:

حسنًا، ربما أشعر أنى لا أستطيع عمل ذلك، ولكن من الجائز ألا يكون ذلك حقيقياً فكثير من المرات فى الماضى شعرت أنى لا أستطيع فهم موضوع، ولكنى فى الحقيقة حينما أبدأ بفتح الكتاب والشروع فى القراءة، أستطيع فهمه على الأقل إلى حد ما. ربما يكون صعباً ولكن ليس بالصورة التى يستحيل على فهمها. أسوأ ما يمكن أن يحدث أن أبدأ فى القراءة، ولا أستطيع الفهم حينئذ يمكن أن أتوقف عن القراءة أو أسأل شخصاً ما أو أعمل شيئاً آخر بدلاً من قراءته. هذا أفضل بكثير من عدم المحاولة. إن الأفكار السلبية تقلل من دوافعى، ينبغى أن أبدأ وأتحدى هذه الفكرة.

بطاقة المواجهة (١٢-٤) استراتيجيات المواجهة أو التكيف

ونوع آخر من بطاقات التكيف يرصد التقنيات المختلفة التى يمكن أن تستعين بها المريضة فى المواقف الصعبة (شكل ١٣-٥)، وينشئ المعالج والمريضة مثل هذه البطاقة بالتحالف معاً حتى تستطيع المريضة أن تتذكر الاستراتيجيات التى نوقشت فى أثناء الجلسة. يسأل المعالج المريضة إيه اللى ممكن نعمله فى موقف معين، ثم يضيف افتراضاته ثم تكتب المريضة البطاقة مستخدمة ذات الأفكار التى تظنها نافعة بالاتفاق مع المعالج.

المعالج: إحنا اتكلمنا عن أمور كثيرة ممكن تعملها لما تشعري بالقلق الشديد إيه رأيك تكتبى الكلام على كارت ممكن تستخدميه كمفكرة؟

لمريضة: نعم.

المعالج: هنا كارت إيه رأيك تكتبي فوق (الاستراتيجيات الواجب اتباعها عند الشعور بالقلق). دلوقت تحبي تكتبي إيه تحت العنوان ده؟

بطاقة المواجهة (٣) تعليمات لتنشيط المريض

حينما تشعر المريضة بالكسل وعدم التحفز، يمكن لبطاقة المواجهة أن تنشطها (الشكل ١٢-٥). ومرة أخرى تنشأ هذه البطاقة بالتعاون بين المعالج والمريضة سالي - تفتكرى أنه من المفيد أن تكتبي على كارت، الأمور التي ناقشناها عن الذهاب لأستاذك؟ وقد يحتاج المعالج لقضاء بعض الوقت محفزاً المريضة لقراءة البطاقة، باستعراض مزايا وعيوب قراءتها، وتحديد الأوقات التي ينبغي أن تلجأ لقراءتها، ومحاولة التعرف على الأفكار التلقائية التي تعوق استخدام مثل هذه البطاقة ومحاولة تقويمها.

بطاقة التكيف (٢)

استراتيجيات لمواجهة القلق

١. عمل سجل الأفكار المعطلة

٢. قراءة بطاقات المواجهة

٣. الاتصال بصديق

٤. الذهاب إلى المشى أو الجرى

بطاقة التكيف (٣)

حينما أريد أن أسأل الأستاذ المساعدة

١- أذكر نفسي أنه ليس بالشىء الصعب، أسوأ ما يعمله أن يكون فظاً معي.
٢- تذكرى أن هذه مجرد تجربة إذا لم تتجح فأسأفد منها فى المرات القادمة.

٣- إذا كان فظاً معي، ربما لأنه لا يستطيع الإجابة عن أسئلتى أو يكون مشغولاً جداً أو يكون متطابقاً مع أمور أخرى.

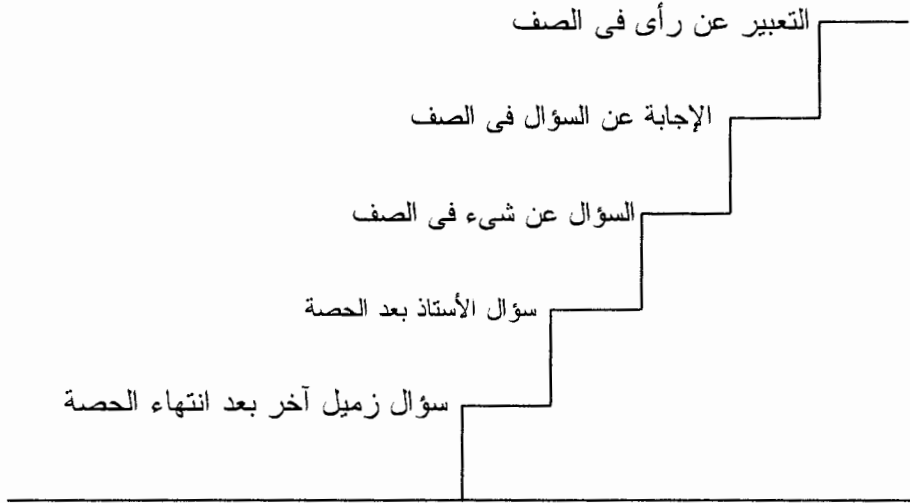
٤- حتى إذا لم يرد مساعدتى، فذلك عيب فيه كأستاذ وليس عيباً فى كتميدة، إنه يعنى أنه لا يقوم بعمله على الوجه الأكمل.

٥- ولذلك فسوف أذهب الآن وأدق على باب مكتبه - تذكرى على أسوأ الفروض أنها مجرد تجربة.

الشكل ١٢- ٥ (بطاقات التكيف ٢، ٣)

التعرض التدريجي Graded Exposure:

لكي تصل إلى هدف ما، فإنه عادة ما يكون ضروريًا أن تنجز عددًا من الخطوات في الطريق. ويميل المرضى للارتباك حينما يدركون كم هم بعيدون عن تحقيق أهدافهم بدلاً من التركيز في الخطوة الحالية، ويكون الرسم التصويري للخطوات مطمئناً للمريض (انظر شكل (١٢ - ٦)).



الشكل ١٢ - ٦ تقسيم الهدف إلى خطوات

المعالج: سالي، واضح إنه مخيف بالنسبة لك إنك تتكلمى طواعية في أثناء الحصة ولكن تتمنى تعملى كده؟

المريضة: نعم.

المعالج: إيه رأيك نقسم الهدف ده إلى عدة خطوات، فمثلاً ممكن تبدأى بسؤال زميل بعد الدرس، أو سؤال الأستاذ.

المريضة: اتھيا لى أقدر أعمل كده.

المعالج: إيه ممكن تكون الخطوة التالية (يساعد المعالج سالى على التعرف على الخطوات الموجودة فى الشكل ١٢-٦)

المعالج: لسه برضه خايفة تفكرى تتكلمى فى الفصل؟
المریضة: أيوه شويه.

المعالج: (يرسم السلم) كويس.. هنا موجود اللي لازم تفكریه. هتبدأى من أسفل السلم هنا، تعملى حاجة صعبة شوية وبعدين هتشرى بالراحة من الخطوة دى قبل ما تبدأى الخطوة اللي بعدها وهكذا ودايمًا تذكرى قبل ما تبدأى الخطوة الأخيرة أنك تخطيت كل الخطوات اللي فاتت بنجاح.. كويس.

المریضة: آه.

المعالج: یعنی.. كل مرة تبدأى تفكرى فى الهدف النهائي، تذكرى السلم ده. وشوفى نفسك أنت على أى درجة من درجات السلم وتذكرى أن السلم ببطلعهه درجة درجة، تفكرى ده ممكن يقلل من القلق شويه؟

يقترح المعالج عمومًا أن تبدأ المريضة بنشاط مرتبط بقدر قليل أو متوسط من القلق، والتمرن على هذه الخطوة يوميًا أو حتى عدة مرات فى اليوم حتى يقل قلق المريضة بدرجة ملحوظة، ثم تحاول الخطوة التالية فى التسلسل الهرمى حتى تستطيع عمل ذلك بسهولة وبدون قلق.

ويمكن للمعالج مع المريضة أن يناقشًا تكنيكات مختلفة لاستخدامها قبل وأثناء وبعد كل عمل، مثل: سجل الأفكار المعطلة، بطاقات المواجهة، تمارين الاسترخاء... إلخ. وبالنسبة لمرضى الانعزال المرضى avoidant فإن التسميع السرى (الفصل الرابع عشر) للتعرف على الأفكار المعطلة أو التهرب من أداء الواجب المنزلى يكون نافعًا، وكذلك قد يجد المعالج أن المريضة تميل إلى عمل الأنشطة بطريقة متدرجة على التسلسل الهرمى إذا طلب منها تعبئة استمارة

الأنشطة. ويمكن استخدام استمارة أنشطة بيضاء أو بيان مرسوم بواسطة المريضة. ويكون البيان بسيطاً مسجلاً عليه التاريخ والنشاط ودرجة القلق أو يمكن أن يكون أكثر إيضاحاً (انظر الشكل ١٢ -٧) وفي البيان الأكثر توضيحاً يمكن للمريضة أن تسأل أن تسجل نشاطها، وأن تعبر عن توقعاتها التي لم تتحقق، وهذا العمل يذكر المريضة بعدم دقة كثير من أفكارها، ويوجد وصف تفصيلي لهذه العملية يستخدم في إنشاء تسلسل هرمي للخوف من الأماكن العامة في مصادر كثيرة (مثل: Gold Stein & Beck, 1987).

التاريخ	النشاط	توقع درجة القلق (١٠٠-٠)	درجة القلق الحقيقية	التوقعات	الوسائل التكيفية
٤/٤	سؤال المدرس في الفصل	٨٠	٥٠	أنا غير قادرة على ذلك. لن أستطيع فتح فمي. سوف يسخر مني الجميع.	١- سجل الأفكار المعطلة قبل الحصة. ٢- قراءة بطاقات المواجه قبل الحصة.

الشكل (١٢ - ٧) بيان من صنع العميل

لعب الأدوار: Role playing

يستخدم تكتيك لعب الأدوار في مجالات مختلفة، ويوجد وصف للعب الأدوار على مدار هذا الكتاب، ويشمل ذلك لعب الأدوار للكشف عن الأفكار التلقائية أو لتكوين استجابة منطقية، أو لتعديل المعتقدات الجوهرية والوسطية، وكذلك تستخدم طريقة لعب الأدوار في تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية.

وبعض المرضى لديهم بصفة عامة مهارات اجتماعية ضعيفة أو يكونون

نوى كفاءة عالية فى أسلوب معين من التواصل، ولكنهم يفتقرون إلى المهارة التى تجعلهم قادرين على تعديل ذلك الأسلوب إذا تطلب الأمر.

فسالى على سبيل المثال تتمتع بكفاءة شديدة فى المحادثات الاجتماعية العادية أو تلك المواقف التى تتطلب تعاطفاً مع الآخرين أو المجاملة، ولكنها تفتقر إلى المهارة فى المواقف التى تتطلب تأكيد الذات. وهنا يلعب المعالج مع سالى لعبة الأدوار حتى تتدرب على الحزم وتأكيد الذات (Assertiveness)، وتعتبر هذه المهارة إحدى الأغراض التى يريد معالجها أن تتحقق لديها.
المريضة: أنا مش عارفة حتى إزاي أبدأ أتكلم مع أستاذى.

المعالج: كويس.. أنت عاوزاه فعلاً يساعدك فى فهم المصطلح، صح؟ تقدرى تقولى له إيه؟

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: إيه رأيك تلعب أدوار (تمثيلية يعنى) أنا حا خد دورك وأنت حتلعبى دور الأستاذ ممكن تلعبى الدور زى ما أنت متخيلاه.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنا حا أبدأ.. لو سمحت أستاذ (فلان) ممكن تشرح لى المصطلح ده.

المريضة: (بفظاظة) أنا شرحت الكلام الأسبوع اللى فات فى الدرس.. أنت كنت فىن؟

المعالج: فى الحقيقة أنا كنت موجودة، لكن ما أقدرتش أفهمه كويس.

المريضة: خلاص.. روى أقرأى الدرس فى الكتاب

المعالج: أنا فعلاً عملت كده. بس برضه ماقدرش أفهمه كويس. علشان كده أنا بأسألك.

المریضة: ینه اللی مش فاهماه؟

المعالج: أنا حاولت أفكر فی سؤال محدد قبل ما أجي لحضرتك، تشرحه فی دقیقتین علشان أقدر أفهمه بطریقتی.

المریضة: تعرفی.. أنا ما عنديش وقت دلوقت. ممكن تسأل أى حد ثانى فى الصف؟

المعالج: أنا عاوزه أعرفه منك أنت بصراحة، علشان كده أنا جيت فى وقت مقابلاتك المكتبية، لو ماكنش عندك وقت. دلوقت ممكن أجي ثانى يوم الخميس فى وقت المقابلات المكتبية.

المریضة: دى حاجة بسيطة، ممكن تسألنى أى تلميذ زميلك.

المعالج: أنا هحاول أسأل حد، لكن إذا ما فهمتش أو احتجت مساعدة هاجى ثانى يوم الخميس.. ما شى... خارج الدور.. خلینا نراجع أنا عملت إینه وبعدين نتبادل الأدوار.

وقبل أن یعلم المعالج المریضة أية مهارة اجتماعية، علیه أولاً أن یقدر درجة المهارة عند المریض. وكثیر من المرضى یعرفون جيداً ماذا یفعلون وماذا یقولون، ولكنهم یجدون صعوبة فى استخدام هذه المعرفة بسبب الافتراضات الخاطئة (مثلاً: إذا عبرت عن رأیى فسوف یحرجنى الآخرون، أو إذا أكدت ذاتى فسوف یتأذى الشخص الآخر، أو یفقد أعصابه أو یظن أننى خرجت عن الخط). وثمة طریقة لتقییم المهارات هی أن تجعل المریض یفترض مردوداً إيجابیاً (إذا علمت أن مساعد الأستاذ سیکون سعیداً بالتحدث إلیک فماذا تقولین؟) إذا شعرتى أن من حقك أن تطلبى المساعدة فماذا تقولین؟ إذا عرفتى أن الأستاذ سوف یتراجع، ویدرك أنه لم یکن منطقیاً حین رفض مساعدتك فماذا تقولین؟

وهناك دلیل آخر على أن المشكلة تتعلق بالأفكار الخاطئة أكثر مما تتعلق

بنقص المهارات، وهو استخدام المريضة لذات المهارة في مواقف أخرى. فيمكن لمريض أن يكون واثقاً من نفسه في العمل ولكن ليس مع أصدقائه، وفي هذه الحالة قد (لا يحتاج المعالج إلى اللجوء إلى ذلك لكشف الأفكار التلقائية عند هذا المريض أو لكي يتبين مدى صحة توقعه لمشاعر وأفكار الآخرين حينما تتبادل الأدوار).

استخدام طريقة الفطيرة الإيضاحية Pie Chart:

إنه لمن المفيد دائماً أن يرى المرضى أفكارهم في صورة تخطيطية. والفطيرة الإيضاحية (Pie Chart) يمكن ان تستخدم لأغراض كثيرة مثل مساعدة المرضى على إعداد الأهداف أو تحديد مسئولية نسبية لنتيجة معينة، وسوف نوضح المثالين في الشكل (١٢ - ٨).

تحديد الأهداف Setting Goals:

حينما تواجه المريضة صعوبات في التعرف على مشاكلها والتغيرات التي تريد إنجازها في حياتها أو حينما تفكر إلى البصيرة في إدراك الخلل في حياتها فإنه يمكنها الاستفادة من رسم تصويري لتصوراتها المثالية مقابل استنزافها الحقيقي للوقت.

المعالج: واضح أنك عارفة أن حياتك مش متوازنة، ولكنك مش عارفة إزاي تتغيري.

المريضة: صحيح.

المعالج: إيه رأيك لو رسمنا فطيرة إيضاحية (pie chart) علشان نوضح الكلام ده شوية؟

المريضة: ما شى.

المعالج: إحنا هانعمل رسم لحياتك دلوقت، ورسم ثانى لحياة مثالية، وفكري كويس قد إيه الوقت اللي بتضيعيه في كل منطقة.

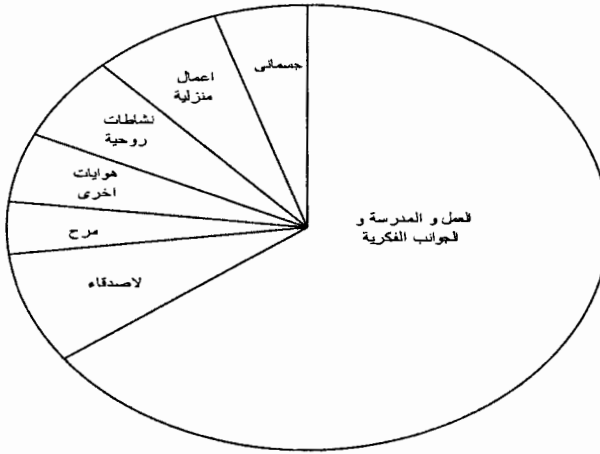
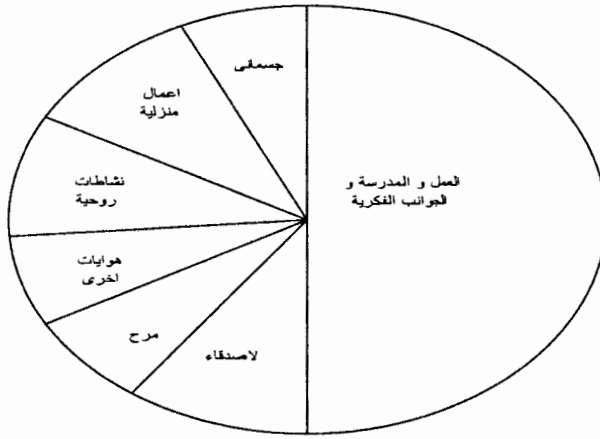
العناية بصحتك الجسمانية	العمل/المدرسة
العناية بالمنزل والأمور المنزلية	الأصدقاء
العناية بأمورك الروحية والثقافية	التسلية
والجانب العقلي	الأسرة
	الاهتمامات الأخرى

المعالج: ممكن ترسمى دائرة وتقسيمها علشان أخذ فكرة إزاي بتقضى وقتك
دلوقت..

المريضة: تفعل ذلك.

المعالج: ما شى. وبعدين إيه التغيير اللى وجدتيه عن العالم المثالى؟

المريضة: كويس.. أفكر إنى لازم أشغل أقل، ممكن أكون محتاجة لشوية
فرفشة.. أقضى بعض الوقت مع الأصدقاء، أزود الرياضة شويه، أقضى
بعض الوقت متطوعة فى المدارس الابتدائية.



الشكل (١٢ - ٨) استخدام الفطيرة الإيضاحية لإعداد الأهداف

المعالج: إزاي ده باين على الفطيرة الإيضاحية المثالية.

المريضة: (تملاً الفطيرة المثالية) لكن أنا خايفة إذا قضيت وقت أقل فى العمل.

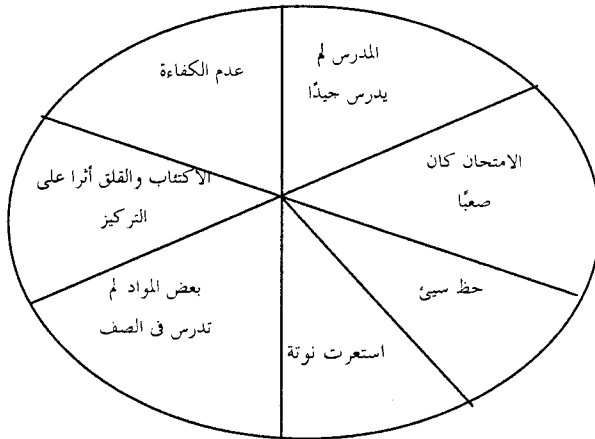
حالتى حتبقى أسوأ فى المدرسة.

المعالج: خيلنا نكتب الشعور ده دلوقت أنت ممكن تكونى على حق فى الحالة دى لازم تذاكرى كمية المذاكرة اللى بتذكريها دلوقت. وممكن تكونى غطانة. ممكن لو قللتى المذاكرة شوية وفرفشتى عن نفسك أكثر مزاجك حيثحسن وأداءك فى المدرسة يتحسن؟ إيه رأيك؟
المريضة: مش متأكدة.

المعالج: على كل حال إحنا نقدر نجرب ونشوف إيه اللى هيحصل؟
المريضة: أنا عارفة - الحقيقة - إنى مش باذاكر كويس اليومين دول.
المعالج: إذن، ممكن لو رجعت حياتك ثانى للتوازن المطلوب وتحصلى على نتائج إيجابية أفضل بمجهود أقل (يعد المعالج والمريضة معا جدولاً لقضاء الوقت فى أهداف معينة قريبة من مثالياتها).

مراجعة العوامل المؤدية إلى السلبيات:

وثمة طريقة أخرى تسمح للمريضة أن ترى الأسباب الممكنة لضعف أدائها بطريقة مرسومة على الفطيرة الإيضاحية (انظر شكل ١٢ - ٩)



(شكل ١٢-٩) الفطيرة التوضيحية للأسباب

المعالج: سالى.. قد إيه بتعتقدى إنك علشان جبتي "B" فى الامتحان فأنت مش كفاء.

المریضة: یاه.. تقریبًا ۱۰۰%.

المعالج: یا ترى ممكن تكون فیہ أسباب ثانية ؟

المریضة: ممكن، كان فیہ حاجات فی المادة دی ما أخذنهاش خالص فی الفصل.

المعالج: کویس.. فیہ حاجة ثانية.

المریضة: أنا تغیبت فی درسين، واضطريت أستعیر كراسات، وكانت كراسة ليزا

إللی استعرتها مش قوی.

المعالج: فیہ حاجة ثانية.

المریضة: ما أعرفش فیہ حاجات ركزت علیها قوی فی المذاكرة وما جتتش فی

الامتحان.

المعالج: یعنی ما كنتیش محظوظة قوی فی الحكاية دي؟

المریضة: لا.. وکمان ذاكرت حاجات قليلة من اللی جات فی الامتحان.. كان

تخمینی خاطئ.

المعالج: فیہ أى أسباب ثانية توضح لیہ ما جببتیش فی الامتحان زی ما أنت

عاززه؟

المریضة: آ آ.. مش عارفه.

المعالج: هل كل الزملاء عملوا کویس فی الامتحان؟

المریضة: ما عرفش.

المعالج: یا ترى تقدری تقولى إنه كان امتحان صعب.

المریضة: طبعًا.. صعب جدًا.

المعالج: تقدری تقولى إن الأستاذ شرح المادة کویس؟

المریضة: لا ما أعتقدش، كنت مضطرة أعتد على قراءتی أنا، مرتین سمعت

ناس بتقول إحنا مش قادرين نتابع اللي بيقله.

المعالج: يا ترى ممكن كمان يكون عندك صعوبة فى التركيز بسبب القلق والاكنتاب اللي عندك.

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: كويس.. خلىنا شوف الكلام هيكون شكله إيه على الرسم دى الدائرة (الفطيرة الإيضاحية) تعالى نقسمها إلى أقسام علشان نشوف العوامل اللي أدت إلى أنك تحصلى على (٢) فى الامتحان، وتشمل:

١. الأستاذ ما شرحش المادة كما يجب.

٢. الامتحان كان فعلاً صعباً.

٣. حظك ما كانش كويس علشان ما ركزتيش على الحاجات اللي جات فى الامتحان.

٤. أنت استعرت كراسات من زميلتك ما كانتش معمولة كويس.

٥. كان فيه أسئلة فى الامتحان ما اتشرحتش فى الفصل.

٦. قلقك واكتئابك أضعفوا تركيزك.

٧. فى قلبك إنتى حاسه إنك شخص غير كفاء (تملاً المريضة

البيانات على الرسم الدائرى (شكل، ١٢-٩).

المعالج: واضح أنك قسمتى الدائرة بالتساوى قد إيه أنت بتعتقدى دلوقت أنك حصلت على (C) علشان أنت شخص غير كفاء؟

المريضة: أقل من ٥٠% يمكن.

المعالج: كويس.. دا تخفيض شديد.

فيفحص العوامل البديلة، جعل المعالج المريضة تقدر تأثير الأفكار المعطلة

(فى هذه الحالة.. أنا غير كفاء) فى النهاية جاعلاً المريضة تضع فى اعتبارها كل

العوامل الأخرى أولاً.

المقارنات الوظيفية للنفس وسجل حساب النفس الإيجابي:

يتميز المرضى النفسيون بالانحياز السلبي فى فعلة المعلومات (information processing)، خصوصاً عند تقييم أنفسهم؛ فهم يميلون إلى ملاحظة المعطيات التى يمكن أن تفسر على أنها سلبية، ويميلون إلى تجاهل أو التقليل من شأن أو حتى نسيان المعلومات الإيجابية. بالإضافة إلى ذلك فهم غالباً ما يعقدون واحدة من مقارنتين سلبيتين أو معطلتين؛ فهم إما يقارنون أنفسهم حالياً بما كانوا عليه قبل الإصابة بالمرض أو أنهم يقارنون أنفسهم بأخرين أصحاء لا يعانون من مرض نفسى، وهذا الانحياز السلبي يساعد على استمرار أو زيادة إحساسهم بالحزن والكآبة.

تغير المقارنة مع الذات:

وفى المشهد التالى، يساعد المعالج سالى على إدراك أن انتباهها الاختيارى السلبي ومقارنة نفسها بما قبل المرض هى مقارنة سلبية ومعطلة، ثم يساعدها بعد ذلك أن تعقد مقارنات أكثر إيجابية (مثل مقارنة الوضع الحالى بأسوأ نقطة مرت بها) والاحتفاظ بشعار إيجابي عن النفس.

المعالج: سالى.. واضح إن معنوياتك منخفضة جداً وفكرتك وحشة عن نفسك..
تفتكرى أنت عملتى أى حاجة الأسبوع ده تستحقى عليها مكافأة؟

المریضة: كويس.. أنا خلصت بحث الإنجليزى.

المعالج: فيه حاجة ثانية؟

المریضة: آآآ ما أقدرش أفكر فى إيه حاجة.

المعالج: يمكن فيه حاجة ملاحظتهاش .

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: مثلاً.. كم مرة ذهبت إلى الدروس؟

المريضة: كل الدروس.

المعالج: وده كان سهل؟ ولا أنت غصبت نفسك على التركيز؟

المريضة: هو كان صعب على أنى أروح وأركز، لكن كان لازم أروح وأركز ما حدش غيرى كان بيرغم نفسه على كده.

المعالج: أوه.. ثانى حقتارنى نفسك بالآخرين، أنت بتعملى كدة كثير؟

المريضة: آه.. أفنكر كدة.

المعالج: ويا ترى دى مقارنة عادلة؟ ويا ترى ده كان يبقى صعب عليكى برضه لو كان عندك التهاب رئوى وكنت ترغى نفسك على حضور الدروس؟

المريضة: لا.. كان حيبقى عندى عذر قانونى، سبب للتعب.

المعالج: تمام.. ويا ترى ما عندكيش سبب قانونى إنك تكونى تعبانة دلوقت؟ ممكن تستحقى مكافأة لأنك بترغى نفسك على الحضور وأنت تعبانة، فاكدة فى أول جلسة لما أتكلمنا عن أعراض الاكتئاب، التعب وفقدان الطاقة، وصعوبة التركيز، واضطرابات فى النوم والشهية.. وهكذا؟

المريضة: أيوه.

المعالج: وده كمان يخلينا نقول إنك تستحقى مكافأة لأنك بتحضرى الدروس وتركزى مع إنك بتعانى من الاكتئاب.

المريضة: ما فكرتش فيه بالطريقة دى.

المعالج: خلينا دلوقت نفكر فى حاجتين دلوقت، إيه اللى تعمله لما تقارنى نفسك بالآخرين وإزاي تحتفظى بخط يخليك تعرفى الحاجات اللى تستحقى عليها

المكافأة.. كويس.. دلوقت إيه اللي بتحسبه لما تقارنى نفسك بالآخرين
يعنى مثلاً لما تفكرى (مفيش حد ثانى بيغصب نفسه على الحضور زى
أنا).

المريضة: أشعر بالحزن الشديد.

المعالج: وإيه اللي يحصل دلوقتى لنفسك.. انتظرى لحظة من فضلك دى مش
مقارنة عادلة خلىنى أقارن نفسى دلوقت بأوقات ثانية كنت أسوأ من كدة
بكثير. لما كنت قاعدة فى السرير عالطول وما باحضرش أى درس؟

المريضة: طبعا حاحس إنى أحسن دلوقت كثير.

المعالج: ومزاجك هيكون أسوأ؟

المريضة: لا.. هيكون أحسن بكثير.

المعالج: ممكن تعملى المقارنة دى فى الواجب الأسبوع ده؟

المريضة: حاضر.

المعالج: ممكن تكتبى الكلام ده فى كراسة الواجب (اضبط نفسى لما أقارنها بالناس
العاديين وأفكر نفسى أن ده غير منطقى وأقارن نفسى بنفسى فى أوقات
أسوأ من كده).

ويمكن أن تكون المريضة لديها أفكار تلقائية، وفيها تقارن نفسها بما ينبغى
أن تكون (مثلاً.. أنا يجب أن أقرأ هذا الدرس بسهولة) أو بنفسها قبل أن يصيبها
الاكتئاب (مثلاً.. ده كنت باعمله بسهولة زمان). ومرة أخرى يلفت المعالج
انتباهها إلى مدى تحسنها عن الحالة الأولى التى كانت عليها بدلاً من مقارنة ذاتها
بأحسن حالاتها السابقة أو بما ينبغى أن تكونه.

وجزاء مما جرى فى المشهد السابق يعنى أن معرفة المعالج بأن سالى قد
تحسنت بعض الشيء. وفى موقف آخر يجب على المعالج أن يتأكد متى كانت

أسوأ نقطة، وماذا كانت حياة المريضة عند هذه النقطة (ماذا كنت تفعلين وما لا تفعلين حينئذ؟) وإذا أجابت المريضة بأن أسوأ نقطة هي النقطة الحالية (الوقت الحالي) يعدل المعالج من توجهاته (واضح أنك بتشعري بالحزن لما تقارنى نفسك بالآخرين أو اللي عاوزه تكونيه؟ فكرى نفسك دائماً بأن عندنا خطوات علشان نحقق الأهداف، وأنا بنشتغل مع بعض لتحقيقها واحدة بواحدة علشان تساعدك على التحسن إذا ذكرت نفسك أن أنت وأنا بنشتغل كفريق لتحسن حالتك، يا ترى إيه تأثير ده على حالتك المزاجية؟

سجل حساب النفس الإيجابي:

سجل حساب النفس الإيجابي هو ببساطة قائمة بالأعمال الإيجابية التي تفعلها المريضة أو الأشياء التي تستحق الجزاء عليها (انظر شكل ١٢-١٠) وكما هو الحال في كل الالتزامات يشرح المعالج الأسباب والتفسيرات أولاً:

المعالج: سالى أنا عاوز أضيف واجب منزلى واللى باعتقد أنه حيساعدك. إحنا شفنا إزاي أنت شاطرة فى حساب النفس وانتقادها وتصيد أخطاءها. دلوقتى إيه اللي بيحصل لحالتك المزاجية فى كل مرة يكون عندك أفكار مثل (لازم أعمل ده أحسن من كده) أو (أنا عملت عمل سيئ فى الموضوع الفلانى؟)

المريضة: أشعر بأنى أسوأ.

المعالج: صح.. وإيه اللي يحصل لو بدأت تلاحظى بعض الأشياء الجيدة اللي بتعملها؟

المريضة: يمكن.. أشعر إنى أحسن.

المعالج: كويس.. ممكن تقولى : ممكن يكون معقول إنى أعطى لنفسى مكافأة لو أرغمت نفسى على إنى آجى النهاردة للعيادة لو أنا عندى اكتئاب أو التهاب رئوى، ورغم ذلك جيت وشفنت المرضى وكتبت تقارير وحاجات

ثانية؟

المريضة: طبعًا.

المعالج: حتى لو أنا ما عملت الحاجات دي زي العادة؟

المريضة: طبعًا.. بالتأكيد.

المعالج: لأنه من المنطقي أنى أنام فى السرير وأشد الغطا علىّ وخلص.

المريضة: صح.

المعالج: يا ترى الحكاية دي بتتطبق عليكى؟ هل تستحقى مكافأة علشان بترغمى

نفسك على الشغل؟

المريضة: أفكر كده.

المعالج: تعرفى! يمكن يكون صعب عليكى أنك تفكرى تدى لنفسك مكافأة خارج

جلستنا علشان كده أنا باقتراح عليكى تعملى لسنة بالحاجات اللى تستحقى

عليها مكافأة.. إيه رأيك؟

المريضة: أقدر أحاول.

المعالج: خلىنا نحاول دلوقتى، لو ده يناسبك. هنسميها إيه السنة دي.. قائمة

الرصيد؟ أو قائمة التكريم أو سجل التعبير الإيجابى أو أى حاجة ثانية زي

سجل الإيجابيات.

المريضة: ممكن نسميه قائمة التكريم أو الافتخار أو قائمة الثقة.

المعالج: كويس.. قائمة الثقة.. على السنة دي ممكن تكتبى أشياء إيجابية عملتها

أو تفكرى مع نفسك (إيه الحاجة اللى عملتها النهاردة، وكانت صعبة لكنى

أنجزتها).

المريضة: حاضر (تكتب التعليمات).

المعالج: خلينا نبدأ من النهارده. إيه اللي عملتيه النهارده؟
المريضة: (تكتب وهي تتكلم) خلينا نشوف.. أنا رحيت لحصة الإحصاء.. كانت
صعبة شوية.. لكنى حاولت.. كتبت كل ورقتي وسلمتها.. اتكلمت مع
زميلتي فى السكن وأكلت معنا على الغدا.

المعالج: دى بداية كويسة.. إيه رأيك لو عملتى الكلام ده كل يوم؟
المريضة: ما شى.

المعالج: أعتقد إنك هتقدرى تفكرى الكلام أكثر عشر مرات لو سجلتها مباشرة..
ولو ما قدرتيش، تقدرى تسجلها وقت الغداء أو العشاء أو قبل ما تنامى..
تفكرى تقدرى تعملى الكلام ده؟
المريضة: نعم.

المعالج: يا ترى أنت محتاجة تكتبى ليه أنت لازم تعملى كده؟
المريضة: لا.. أنا هافتكر. هتخلينى أركز على الحاجات الكويسة اللي تخلينى أشعر
بتحسن.

وإكمال قائمة الرصيد فى مرحلة مبكرة من العلاج سوف يساعد المريضة
على إعداد نفسها لأعمال أفضل لاكتشاف المعلومات الإيجابية لاستمارة المعتقدات
الجوهريّة (الفصل ١١).

والخلاصة أن هناك الكثير من التقنيات المعرفية والسلوكية، ويناقش هذا
الجزء أكثرها شيوعًا. ويحسن بالقارئ أن يطلع على مصادر أخرى لتنمية مصادر
المعرفة.

قائمة الأرصدة

الأشياء التي فعلتها وكانت صعبة، ولكن استطعت إنجازها على أية حال

١. حاولت متابعة ما يقال في درس الإحصاء.
٢. الانتهاء من كتابة الورقة البحثية وتسليمها.
٣. دعوت جوليا للعشاء.
٤. اتصلت بجون للتأكد من واجب الكيمياء.
٥. طبخت العشاء بدلاً من الأكل الجاهز.
٦. قراءة الجزء الخامس من كتاب الاقتصاد.

الشكل (١٠-١٢) قائمة الأرصدة الإيجابية لسالي

الفصل الثالث عشر

التخيل

لدى معظم المرضى أفكار تلقائية، ليست فقط فى صورة كلمات غير منطوقة فى أذهانهم، بل أيضاً فى صورة خيالات وتصورات عقلية (Beck&Emery,1985) فسالى لديها هذه الفكرة (إن أستاذى سوف يظن أننى أتطفل عليه إذا ذهبت إليه لطلب المساعدة). وبسؤالها تبين لمعالجها أنه مع هذه الفكرة اللفظية لديها فى الوقت نفسه تصور عن أستاذها واقفاً قبالتها طويل القامة وعابساً وناظراً إليها بتأفف بينما هى تسأله سؤالاً ما. هذه الصورة هى ما نسميها بالأفكار التلقائية المتخيلة.

ويوضح هذا الفصل كيف نعلم المرضى كيفية التعرف على تخيلاتهم التلقائية وكيفية التدخل العلاجى مع تلك التخيلات التلقائية والمفتعلة. وعلى الرغم من أن مرضى كثيرين لديهم تخيلات بصرية، فإن القليلين منهم يذكرون ذلك. وليس مجرد السؤال عن هذه التخيلات حتى ولو بطريقة متكررة يكون كافياً لإظهارها لدى المرضى. وغالباً ما تكون هذه الخيالات قصيرة الأجل ومزعجة، ولذا يطردها معظم المرضى من أذهانهم بسرعة. وعدم التعرف على هذه التخيلات والتعامل معها غالباً ما ينتج عنها قلقاً وإزعاجاً دائماً للمرضى. ويبدأ المعالج بتعريف المريضة وتعليمها عن الخيالات ابتداءً من الجلسة الأولى (انظر الفصل الثالث).

التعرف على الخيالات:

ولكى يستطيع المعالج تعليم مرضاه كيفية التعرف والتعامل مع خيالاتهم المزعجة، فإنه يحاول إما أن يظهر خيالاً تلقائياً لدى المرضى أو يحاول أن يقحم لديهم صورة متخيلة فى أثناء الجلسة العلاجية. وفى الحوار التالى يبحث المعالج عن صورة متخيلة لدى سالى متزامنة مع فكرتها اللفظية التلقائية.

المعالج: يعنى دلوقت أنت عندك الفكرة (هو حيفتكر أنى باتطفل عليه لما أروح أسأله) وتحسى طبعًا بالقلق الشديد؟

المريضة: نعم.

المعالج: عاوز أعرف.. لما جاتلك الفكرة دى يا ترى كان فيه صورة معينة فى دماغك؟

المريضة: مش عارفة بالضبط، تقصد إيه؟

المعالج: يعنى تخيلتى شكل أستاذك لما سألتيه أنه يساعدك؟ يا ترى كان شكله سعيد؟ (يقدم احتمالاً معاكساً لما هو متوقع ليساعد المريضة على التركيز).

المريضة: لا.. كان مكشر (عابس).

المعالج: يا ترى تخيلتى حاجة ثانية؟ فين مثلاً، يا ترى تخيلتى الصورة دى بتحصل فى الفصل؟

المريضة: لا.. أنا تخيلت نفسى بأخبط ودخلت وقلت له فيه حاجة مش فاهماها هو اتكلم عنها فى الدرس.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وبعدين شفته واقف قدامى، طويل فعلاً، ومكشر فى وشي.

المعالج: فى حاجة ثانية.

المريضة: لا.. دا كل حاجة.

المعالج: الصورة أو التخيل ده هو اللي بنسميه (الصورة المتخيلة).

وفى بعض الأحيان يصعب على المرضى أن يتفهموا ما هو المقصود إذا سألهم المعالج عن الخيال فقط. وهناك مرادفات كثيرة مثل الخيال العقلي، أو

الصورة العقلية، أو أحلام اليقظة، أو التخيل أو التصور أو الذاكرة، وحينما فشلت سالى فى تذكر صورة متخيلة استخدم معالجها بعضاً من هذه المترادفات أو ربما اختار أن يقحم صورة ما على خيالها (إذا كان هدفه فى هذه الجلسة هو مساعدتها فى التعرف على الأخيلاء) كان يمكنه أيضاً أن تقحم صورة محايدة أو إيجابية (أوصفى لى ما هو خارج منزل أو تخيلى أنك تمشين فى مبنى ما، ماذا ترين؟) أو ربما حاول المعالج أن يقحم خيالاً عن موقف مزعج كما فى التالى:

المعالج: هل تخيلتى ما هو شكل أستاذك، لماذا طلبت منه المساعدة؟ يا ترى كان شكله سعيداً؟

المريضة: ما أفكرش، أنى أتخيلت شكله.

المعالج: ممكن تتخيليه دلوقت؟ ممكن تتخيلى نفسك رايحة له؟ إمتى إنتى حتروحى له بالضبط بأى طريقة؟ (يساعد المريضة أن تفكر بخصوصية).

المريضة: احتمال يوم الثلاثاء، لما بيكون عنده وقت فى مكتبه لاستقبال الطلبة.

المعالج: يعنى هيكون قاعد فى مكتبه؟

المريضة: نعم.

المعالج: إيه المبنى الللى هو فيه؟

المريضة: قاعة بينت.

المعالج: ممكن تتخيليه دلوقت؟ النهارده الثلاثاء، وأنت ماشية فى اتجاه مبنى قاعة بينت وماشية دلوقت فى اتجاه مكتبه.. قادرة تتخيلى الكلام ده؟ يعنى قادرة تشوفى الكلام فى مخك؟ الباب مفتوح أو مقفول.

المريضة: مقفول.

المعالج: كويس.. تقدرى تشوفى نفسك بتخبطى على الباب؟ يا ترى بيقول إيه لما بيسمع النقر على الباب؟

المریضة: بيقول.. ادخل.. (تقلد صوت الأستاذ الأجش).

المعالج: كويس.. ممكن تشوفى نفسك بتدخلى؟ شكل وشه إيه؟

المریضة: مكشر.

المعالج: وبعدين حصل إيه؟ (ويتبع المعالج مع المریضة التخيل حتى النقطة الأكثر

إحراجًا) كويس.. المنظر ده اللي تخيلتيه هو اللي بنسميه (الصورة

المتخيلة).. تفتكرى كان عندك صورة زى دى لما قررت تروحي وتسألبيه

الأسبوع ده؟

المریضة: ممكن.. مش متأكدة.

المعالج: إيه رأيك تخلى ده الواجب بتاعك الأسبوع ده.. تحاولى تشوفى إيه

الخيالات اللي عندك لما تكونى متضايقه زى حكاية الأفكار التلقائية.

المریضة: ماشى.

تعليم المریضة التعرف على التخيلات:

يستطيع بعض المرضى التعرف على الصور المتخيلة، ولكنهم لا يخبرون

عنها معالجهم؛ لأنها تصويرية ومزعجة. فربما يترددون فى إعادة تخيل هذه

الصور المزعجة أو الخوف من أن يظن بهم معالجهم أنهم مضطربون عقليًا، وإذا

توقع المعالج أيًا من هذين الاحتمالين فعليه أن يحاول تهدئة مرضاه وتطمينهم بأن

هذه الخبرة هى عادية لدى معظم الناس.

المعالج: سالى أنا مش عارف أنت عندك تخيلات أولا. معظم الناس عندهم

خيالات، لكنهم دائمًا يفتكروا المشاعر المصاحبة للخيالات أكثر من

الخيالات نفسها وساعات الخيالات دى بتبقى غريبة شويه، لكن الشائع أن

الإنسان بيكون عنده كل أنواع الخيالات الحزينة والمخيفة أو حتى العنيفة.

المشكلة هى أنك تفتكرى أنك غريبة لو قلتى عن الخيالات دى وأنت ولا

غريبة ولا حاجة. ممكن تفتكرى أى خيال كان عندك قريب؟

المريضة: لا.. ما أفكرش.

المعالج: كويس.. إحنا اتفقنا الأسبوع ده أنك هتحاولى - فى الواجب المنزلى أنك تشوفى نفسك لما مزاجك بيتغير تشوفى لو كانت فى دماغك أى صور متخيلة، وحا أقولك المرة الجاية تعملى إيه للصورة دى.

وتعليم المريضة ومحاولة إفهامها أن هذه الخيالات طبيعية قد يخفض من حدة القلق لديها، ويجعلها قادرة على التعرف على خيالاتها والوعى بها. وفى الحوار السابق يعد المعالج المريضة أنه سوف يعلمها كيفية التعامل مع هذا الخيالات متضمناً أنه سوف يساعدها على التحكم فى خيالاتها، وعلى المعالج أن يكون متقناً فى تعليم المريضة على التعرف على خيالاتها حتى تستطيع ذلك.. وبعض المرضى يكونون غير واعين بالخيالات على الإطلاق، وكثير من المعالجين قد يقلعون عن المحاولة. وإذا استطاع المعالج نفسه أن يحصل على صورة متخيلة كتلميح يستخدمه فى استعادة خيال قد تكون المريضة قد اختبرته.

المعالج: سالى.. وأنت بتوصفى إزاي أنت خائفة من ردة فعل زميلتك فى السكن أنا تخيلت صورة لها فى دماغي، بالرغم من أنى ما عرفهاش. يا ترى أنت متخيلتيش شكلها حيكون إيه، لما بيتجى سيرة الضوضاء معاها؟ وإذا كانت المريضة لا تزال تجد صعوبة فى التعرف على الخيالات التلقائية يمكن للمعالج أن يقحم صوراً متخيلة حول مواضيع أقل إزعاجاً (هل تخيلتى شكلى قبل ما تقابلينى؟) تقدرى توصفى الصورة دى من فضلك؟ دا بقى اللى بنسميه خيال أو صورة ذهنية.

وطريقة بديلة هى أن تجعل المريض يتذكر حدثاً قريباً (إزاي وصلتى هنا النهارده؟.. ممكن تشوفى نفسك داخلة الأتوبيس؟ يا ترى كان زحمة؟ يا ترى تقدرى ترسمى صورة فى ذهنك للكلام ده؟).

الاستجابة للخيالات التلقائية:

بمجرد من أن يتأكد المعالج أن المريضة تعاني من خيالات مزعجة يقوم بتعليمها طرق مختلفة للتعامل مع هذه الخيالات مستخدماً أساساً منطقياً كما يلي:

المعالج: سالى أنا عاوزك تعملى الحاجات الكثيرة اللى تقدرى عملها لما تلاحظى خيالات مزعجة. طبعاً صعب تعرفى من الأول أيه الطريقة اللى حستخدامها مع أى خيال علشان كده فى الجلسات الجايبين نحاول نتعلم مع بعض. ماشى؟

وهناك طرق كثيرة يمكن أن يتعلمها المرضى للاستجابة لخيالاتهم التلقائية. والطرق الست الأولى تساعد المرضى على خفض التوتر و رؤية الموقف بطريقة مختلفة، وهذه الأخيرة تعطى تأجيلاً مؤقتاً حينما تركز المريضة على شيء آخر. وينصح المعالج المريضة أن تتدرب مراراً فى أثناء وبعد الجلسات على هذه الطرق حتى تجيدها إجابة تامة.

اتباع الخيال حتى النهاية:

وتعد هذه الطريقة من أفضل الطرق التى تساعد المرضى، ولذا ينبغى أن تتعلم أولاً؛ فهى تساعد المعالج والمريضة على تصور المشكلة بوضوح، وتساعد على إعادة البناء الإدراكى للخيال، وتساعد على التحسن. وفى هذه الطريقة يشجع المعالج المريضة على اتباع الخيال حتى يحدث أمر من اثنين، إما أن تتخيل المريضة أنها دخلت فى قلب الأزمة وخرجت منها أفضل مما كانت، أو أن مصيبة قد حدثت مثل الموت مثلاً (وإذا حدث ذلك يستعرض المعالج عواقب الخوف ومعنى الكارثة النهائية ويحاول التدخل) والحوار الأول يظهر السيناريو الأول، وفيها تتخيل المريضة أنها دخلت فى قلب الأزمة.

المعالج: سالى.. ممكن تستحضرى الصورة دى فى دماغك ثانياً؟ قولها زى ما أنت متخيلاها بالضبط بصوت عالى وأنت بتتخيلها.

المريضة: أنا قاعدة فى الفصل، الأستاذ يوزع ورق الامتحان، وأنا بابص عليها ومخى بقى فاضى ما فيهبوش حاجة خالص. أنا باقرأ السؤال الأول، مفيش حاجة لها معنى، شايقة كل الناس بتكتب، وأنا بأفكر، أنا مشلولة، أنا حا أرسب.

المعالج: وشاعرة بإيه؟

المريضة: حقيقى.. حقيقى قلقانة.

المعالج: فيه حاجة ثانية حصلت؟

المريضة: لا.

المعالج: كويس.. دا كلام حقيقى، بس أنت وقفت التخيل عند أسوأ نقطة أنك شعرت بالشلل ومخك فاضى.. دلوقت اللي عاوزك تتخيليه أنك تشوفى اللي حصل بعد كدة.

المريضة: أووه.. مش متأكدة.

المعالج: أنت حتفضلى كده الساعة كلها؟

المريضة: لا.. اتهاى لى لا..

المعالج: ممكن تتصورى اللي حصل بعد كدة؟ لما بتبصى حواليكى وتشوفى الطلبة هل أنت فعلاً مشلولة؟

المريضة: لا.. اتهاى لى.

المعالج: إيه اللي أنت شايغاه بيحصل بعد كدة؟

المريضة: أنا بابص فى ورقة الامتحان ثانى.. لكنى مش قادرة أركز.

المعالج: وبعدين حصل أيه؟

المريضة: أنا بابص.. السؤال الأول مالوش أى معنى بالنسبة لى.

المعالج: وبعدين..

المريضة: أفضل ماشية لغاية ما ألقى سؤال أعرف فيه حاجة.

المعالج: وبعدين.. لقيتى سؤال . حصل إيه.

المريضة: افكر... باكتب الإجابة.

المعالج: ممكن تتخيلي نفسك بكتبى الإجابة؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس .. وبعدين حصل إيه.

المريضة: أفضل مستمرة لغاية ما ألقى حاجة ثانية ممكن أجابها.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وأرجع ثانى للأسئلة الأولى يمكن أقدر أكتب حاجة.

المعالج: كويس.. وبعدين؟

المريضة: وبعدين .. أخلص بقدر الإمكان.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أسلم الورقة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وبعدين أروح للحصة الثانية.

المعالج: وبعدين.

المريضة: وبعدين أمسك كراستى وأقعد.

المعالج: وحاسه بأية فى الخيال دلوقت؟

المريضة: لسه متترفة شوية.. ما أعرفش عملت إيه فى الامتحان.

المعالج: بس أحسن من الأول لما كنت شاعرة بالشلل؟

المريضة: طبعاً.. أحسن بكثير.

المعالج: كويس.. خيلنا نراجع أنت عملت إيه فى الأول.. أنت تخيلتى صورة، ووقفت عند أسوأ نقطة فيها (الشعور بالشلل) وبعدين فضلتى تتصورى لغاية ما وصلت لنقطة حسيتى فيها أنك أحسن بكثير. هو ده بقى اللى بنسميه (اتباع الصورة للنهاية). تفكرى إنه مفيد إنك تستعملى الطريقة دي؟

فى الحوار السابق، تمكنت المريضة بسهولة من التوصل إلى نتيجة معقولة، وفى أحيان أخرى تحتاج المريضة إلى اقتراح بتعديل المنظر أو السيناريو.

المعالج: ممكن تتخيلى إيه اللى حصل بعدين؟ لو أنت بتبصى حواليكى وشايفه الطلبة الثانيين.. فهل أنت فعلاً مشلولة؟

المريضة: ما أعرفش أنا حاسة إنى مشلولة.

المعالج: وإيه اللى أنت شايفاه بعد كده؟

المريضة: ما أعرفش.. أفضل قاعدة.. حاسة بالشلل.

المعالج: ممكن تشوفى نفسك. بتتحركى شوية فى الكرسي، بتأخذى نفس بتبصى من الشباك؟

المريضة: آه.. آه.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك بتحكى قفاكى، علشان تخفى التوتر فى عضلاتك شوية؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. ممكن دلوقت تتخيلي نفسك بتقرى ورقة الامتحان لغاية ما تلاقى سؤال مألوف؟

المريضة: أيوه.

المعالج: أنت شايفه كده.. إيه اللي حصل بعد كده؟

المريضة: لقيت سؤال أسهل.

المعالج: وبعدين.

هنا يُدخل المعالج عنصرًا جديدًا فى الخيال لنساعد المريضة على التحرر من شللها، وتستمر على ذلك المنوال حتى تستطيع المريضة أن تتخيل بنفسها. وكما سبق ذكره، فإنه يمكن للمريضة أن تتخيل موقفًا نحو الأسوأ، غالبًا ما تكون كارثة. وهنا تُكوّن المريضة مفهومًا عن الكارثة وتحاول التدخل بما يناسب. وهذا الموقف سوف يمثل لمريضة أخرى (مارى).

المعالج: كويس.. مارى حاولى تشوفى نفسك فى السيارة وهى بتقرب من سور الكوبري. دلوقت حاولى تتخيلي صورة واضحة فى مخك بقدر الإمكان.. وبعدين إيه اللي بيحصل.

المريضة: بتقرب أكثر.. خبطت فى السور (تبكى فى صمت).

المعالج: (برقة) وبعدين؟

المريضة: (تبكى) السيارة اتحطمت تمامًا.

المعالج: (برفق) وأنت؟

المريضة: أنا ميتة.

المعالج: وبعدين.. حصل إيه؟

المريضة: ما أعرفش.. مش قادرة أشوف بعد كده (مازالت تبكى).
المعالج: يا ترى شايفه إنك حستنفيدى لو استمرينا شوية فى التخيل، إيه أسوأ حاجة
فى الموت فى الكارثة دى؟

المريض: أولادى: حيفقدوا أهمهم للأبد. حيتحطموا خالص (تبكى أكثر).

المعالج: (ينتظر لحظة).. يا ترى تقدرى تتخيلهم؟

فى هذا المثال يودى اتباع الصورة أو الخيال حتى التمام إلى كارثة،
ويستمر المعالج فى أسئلته الرقيقة حتى يبين المعنى الخاص للكارثة. وسوف نورد
مثالاً آخر فى هذا الفصل بإقحام صورة متخيلة توضح كيفية التعامل مع هذا النوع
من المشكلات. فى هذه الحالة كشفت المريضة عن صورة متخيلة لأطفالها فى
جنازتها شاعرين بالتحطم تماماً. ومرة أخرى قد قطعت المريضة تخيلاتها عند
أسوأ نقطة (انظر صفحة ..) لتوضح كيف يمكن للمريضة أن تتخيل أولادها بعد
ذلك لسنوات عدة.

والخلاصة أن هناك احتمالين قائمين عند اتباع الصورة المتخيلة حتى
النهاية: فى الاحتمال الأول قد حلت المشكلة أخيراً، وشعرت المريضة بالارتياح.
وفى الاحتمال الثانى تتطور الصورة إلى كارثة، وهنا يحاول المعالج أن يكتشف
المعنى الخاص للكارثة بالنسبة للمريضة، وهنا يكتشف مشكله جديدة ثم يحاول
المعالج والمريضة أن يقحما صورة تخيلية أكثر تكيفا وإيجابية، وهذا ما سوف
نتناوله بالتفصيل فى هذا الفصل.

القفز إلى الأمام فى الزمن:

فى بعض الأحيان يكون إكمال الصورة حتى النهاية غير فعال، وذلك لأن
المريضة تستمر فى وضع العراقل المتتالية أو الأحداث المؤلمة إلى ما لا نهاية.
فى هذه الحالة يمكن للمعالج أن يقترح عليها أن تتخيل نفسها فى مرحلة زمنية
لاحقة فى المستقبل القريب.

المعالج: (ملخصًا) سالى لما تتخيلى أنك بدأت فى الورقة البحثية دى. وتفضلى تشوفى قد إيه هى صعبة وقد إيه الجهد اللى بتتطلبه والمشاكل اللى هتواجهيها. وواقعا تفتكرى فى النهاية هتقدرى تخلصيها؟

المريضة: أيوه.. احتمال.. أنا ممكن أشتغل ليل ونهار لفترة طويلة.

المعالج: إيه رأيك فى قفزة فى الزمن وتخيلى نفسك خلصت منها. ممكن تتخيلى ده، يا ترى حيبقى شكله إيه؟

المريضة: آه.. أنا متخيلة نفسى بأعمل التصليحات الأخيرة، وبعدين رايحة أسلمها.

المعالج: انتظرى لحظة.. ممكن تبطأى الصورة شويه.. عاوزك تتخيلى التفاصيل. زى تديس الورق أو تصويره.

المريضة: أنا با أستعمل كومبيوتر فى قاعة الطلبة، أنا حا أطبع نسختين، أنا بأدبس كل نسخة وبأحط واحدة فى فولدر بلاستيك وبعدين با أحطه فى شنطتى، وبعدين بألبس الجاكت.. وبدأت أمشى ناحية الكلية علشان أسلمها.

المعالج: تقدرى تشوفى نفسك وأنت ماشيه نحو الكلية علشان تسلميها؟

المريضة: أيوه.

المعالج: شاعرة بإيه دلوقت؟

المريضة: مرتاحة.. حمل وانزاح من على.. حاسة أنى خفيفة.

المعالج: كويس.. خلينا نشوف إحنا عملنا إيه.. أنت تخيلتى نفسك تبدأ فى عمل البحث، وكل ما تخيلتى أكثر كل ما تلاقى نفسك فى الآخر بتخلصيها وده خلاكى تحسى بالتحسن.. إيه رأيك تكتبى الطريقة دى (القفز عبر الزمن) علشان تقدرى تعملها فى البيت؟

التكيف فى أثناء التخيل:

وثمة طريقة أخرى وهى إرشاد المريضة ومساعدتها على تخيل أنها تتجاوب أو تتعامل مع الموقف الصعب الذى رآته فى خيالها تلقائياً.

المعالج: (ملخصاً) فى الأول كان عندك تخيل وأنت ماشية، وحاسة بإحباط شديد وبعدين بدأ الأولاد يتحركوا ويعملوا إزعاج، وبدأت تشعرى بأن الأمر خارج عن إرادتك.

المريضة: نعم.

المعالج: مرة ثانية. أنت تخيلتى منظر، وتركت نفسك فى أسوأ نقطة.

المريضة: أيوه.. أنا فعلاً عملت كده.

المعالج: ممكن ترجعى للخيال ثانى.. والمرة دى حاولى تشوفى نفسك تقدرى تتعاملى مع أى مشكلة حظهر؟

المريضة: الأول الأولاد بيتجمعوا قدام الباب. ولد بيحاول يفتح باب المكتبة، وأنا بأقوله بشويش يا حبيبى فيه فصل ثانى جنبينا.

المعالج: وبعدين

المريضة: يبدأ يمشى وسط الرفوف.

المعالج: وأنت؟

المريضة: أفنكر.. هامسك إيدى وأخذه على الترابيزة.

ويستمر الحوار بهذه الطريقة حتى تستطيع المريضة التغلب على الموقف،

وإذا تطلب الأمر يمكن للمعالج أن يسأل أسئلة موجهة ليساعد المريضة على ذلك.

وكذلك يمكنه مساعدتها على تخيل أشياء أخرى للتغلب على الموقف، أو

الاستعانة بالطرق التى سبق ذكرها مثل اللجوء إلى بطاقات التكيف، أو التنفس

المنظم، أو ترديد تعليمات ذاتية بصوت مرتفع.

تغيير الصورة المتخيلة:

وهناك طريقة أخرى وهى تعليم المريضة التعرف على الصورة المتخيلة، ثم إعادة تخيلها من جديد بطريقة مفيدة للنهاية، وبذا يمكن أن تخفف من توترها. والمثال الأول هو تغيير واقعى، والثانى هو تغيير خيالى أو سحرى.

المعالج: الأسبوع اللى فات اتكلمنا عن حاجتين تقدرى تعليمهم لما يكون عندك صورة متخيلة مزعجة يا ترى فاكرة؟ يا ترى حاولتى تعملى أى طريقة تخيلية الأسبوع ده؟ النهاردة حا قولك على طريقة جديدة وهى طريقة تغيير الصورة بطريقة ثانية ممكن تفنكرى أى لحظة فى الأسبوع اللى فات ده كان عندك أى خيال مزعج؟

المريضة: (تسكت).. أبوة.. النهاردة الصبح، أنا كنت بافكر فى أجازة الربيع، ما أقدرش أروح البيت، حا أضطر أفضل هنا.

المعالج: إيه اللى كان بيحصل فى التخيل؟

المريضة: كنت باتخيل نفسى قاعدة على مكتبى لوحدى فى الغرفة، عندى نوع من التبدل وحاسة بالإحباط.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: لا.. دا فعلاً هدوء قاتل فى السكن.. زى الصحرا.

المعالج: والخيال ده خلاكى تحسى بإيه؟

المريضة: حزينة.. فعلاً حزينة.

المعالج: أنت مش لازم تفضلى تحت رحمة الصورة دي.. تقدرى تغييرها لو عاوزة زى ما تكونى مخرجة فيلم.. تقدرى اللى أنت عاوزة تكونيه. ممكن تغييره بطريقة سحرية.. حاجة مش بتحصل فى الواقع، أو ممكن تغييرها إلى صورة واقعية، أفنكر لو حاولتى هتشرى بتحسن.

المريضة: مش فاهمة إزاي..

المعالج: كويس.. أنت قاعدة على مكتبك، إيه اللي تتمنى اللي يحصل بعد كدة؟

المريضة: إن صديقتي المفضلة تتصل بي.. أو السكن يمتلى ناس والأقى حد
بيخبط على باب غرفتي ونروح نتعشى مع بعض.

المعالج: أى منظر ثاني؟

المريضة: ممكن أفكر حاجة حصلت فى المعسكر، زى لعبة كرة طائرة، وأنا
أروح أتفرج.

المعالج: دى نهايات أجمل بكثير، شعرتى بإيه وأنت بتتخيلى أن الحاجات دى
بتحصل

المريضة: أحسن طبعًا.. بس أعرف إزاي أن الحاجات دى حتتحقق؟

المعالج: أولاً ما حدش فينا يعرف أن كانت القعدة على مكتبك وأنت تبكى حتتحقق
وآلا لا. اللي نعرفه أنه مجرد تخيل هو اللي خلاكى حزينة دلوقت...
ثانياً: دلوقت إحنا نقدر نتكلم عن طريقة تغير خيالك ده لنهاية أجمل. ده
اللى تقدرى تعمله إنك تتخيلى أن ممكن صديقتك تتصل بك، أو تروحي
تتفرجى على الكورة أو تخرجى للعشاء وده جازز جدًا يحصل. إيه اللي
تعمله علشان ده يحصل؟

ساعد هذا التخيل على تغير الصورة وفتح مناقشة مجدية بها حل
للمشكلات. وبعض الخيالات يمكن أن تتغير بصورة سحرية، وقد يساعد ذلك أيضا
على تخفيف التوتر، ويساعد المريضة على التعرف بطريقة أكثر إيجابية.. وهذا
مثال على ذلك.

المعالج: (ملاحظاً.. مستخدماً كلمات المريضة نفسها).. يعنى متخيلة صورة الأستاذ
طويل واقف قدامك، مكش، بيتكلم بفضافة، يحرك رجليه، شكله قرغان
والصورة دى بتخليكى قلقة.

المريضة: نعم.

المعالج: تحبى تغييرى الصورة دي؟ ممكن تتخيليه فى صورة ثانية؟

المريضة: إزاي.

المعالج: مش عارف.. زى ما يكون بيكرنى بواحد سنه ثلاث سنوات، بيتترفز بسرعة ممكن تتخيلى أنه بيصغر فى الحجم لسه مكشر، لسة بيضرب رجله فى الأرض؟

المريضة: (تبتسم) نعم.

المعالج: اوصفى لى شكله بالتفصيل (تفعل المريضة ذلك)، وقولى حسيتى بإيه دلوقت؟ يا ترى لسه قلقانة؟

المريضة: لا.. أقل.

المعالج: يا ترى قلت لدرجة أنك تقدرى تروحي تاخذى ميعاد وتقابليه؟

المريضة: أيوه.. أفكر كده.

المعالج: خينا، نشوف إحنا عملنا إيه. إحنا بدأنا بصورة متخيلة عن أستاذك، والصورة دي خوفتك لدرجة أنك مش قادرة تروحي تسأليه. وبعدين قدرتى تتحكمى فى الصورة دي وتغيريها لغاية القلق الللى عندك ما خف خالص وبقيتى مستعدة أنك تقابليه.. الطريقة دي بنسميها (تغيير الصورة المتخيلة Changing the image).

الاختبار الفعلى للصورة المتخيلة:

وهنا يعلم المعالج المريضة أن تتعامل مع الصورة الخيالية مثل الفكرة التلقائية اللفظية مستخدمًا الأسئلة السقراطية المقننة.

المعالج: يعنى عندك صورة خيالية عنى وأنا عابس وشكلى زعلان لما حتقولى لى أنا ما عملتش الواجب كله؟

المریضة: (تومی).

المعالج: إیه الدلیل أن أنا حا كشر وأزعل منك؟.. عندك دلیل على العكس؟ (ثم یرى المعالج المریضة كيف تستخدم استمارة الأفكار المعطلة مستخدمًا الأسئلة فی أسفل الاستمارة حتى تقیم صورتها المتخیلة).

وفی مناسبة أخرى یعلم المعالج المریضة أن تقارن الصورة التلقائية بما یحدث فعلاً.

المریضة: أنا كنت فی المكتبة إمبراح باللیل، وجاتلى صورة بان المبني فعلاً موحش وحسیت بنفسی تعبانہ جدًا ومفیث حد واقف جنبی.

المعالج: وفعلاً كان حقیقی أن المكتبة موحشة؟

المریضة: لا.. أنا كنت متأخرة لغاية قرب النهاية، ولكن كان لسة فیہ ناس موجودة.

المعالج: کویس خالص.. مع النوع ده من الخیالات لما تجیلک صورة زى دى تقدری فی الحال تعلمی مقارنة مع الواقع، تقدری تسألی نفسك (هل فعلاً المكتبة موحشة؟ هل فعلاً أنا شاعرة أنى تعبانہ دلوقت؟) لو كنت قدرت تعلمی كده إمبراح تقفكری كان شعورك حیکون إیه؟

المریضة: كنت حا حس أنى أقل عصبية.

وبصفة عامة، فإنه من المفضل بأن تستخدم تکنیکات مصورة عند التعامل مع الصور المتخیلة بدلا من استخدام التکنیکات اللفظية الواردة فی هذا الفصل؛ لأن الخیالات سوف تستجیب أكثر لتدخلات علاجية فی صورة خیالات أيضاً، إلا أن المرضى الذین یعانون من تخیلات مزعجة ومؤلمة لديهم الكثير من التکنیکات والطرق، وأحياناً تكون التکنیکات اللفظية لاختبار الواقع مفيدة ونافعة.

إعادة التخيل:

إن تكنيك إعادة التخيل غالبًا ما يكون نافعًا حينما يتخيل المريض بوضوح صورة مبالغ فيها برغم كونها غير كارثية من حيث النتيجة. وهنا يطلب المعالج من المريضة أن تعيد الصورة المتخيلة مرة بعد أخرى، وتلاحظ إذا كان مستوى التوتر المصاحب قد تغير. وبعض المرضى تتكون لديهم بطريقة تلقائية صورة واقعية لتخيلاتهم، ويرونها في كل مرة يستعيدونها أكثر واقعية وأقل إيلاّمًا وإثارة للحزن.

المعالج: سالي.. يعنى أنت عندك صورة متخيلة عن أستاذك وأنت بتسألني عن حاجة وبتضايقي تمام وبتتخيليه وهو بيخطط فيكي ويشوح بأيديه: إزاي تتجراي وتسألني السؤال ده.. أنا مش قادر أتصور أنك بتسألني في حاجة زي دي، اطلعي بره، اطلعي بره.

المريضة: نعم.

المعالج: بالطريقة دي.. يا ترى ممكن تتخيلي الصورة ثاني؟ ابدأي بنفس الطريقة. وشوفي إيه اللي هيحصل.

المريضة: تقفل عينيها.

المعالج: خلاص، إيه اللي حصل؟

المريضة: هو كان متضايق جدًا ولسه بيخطط في وقال لي اطلعي بره.

المعالج: في المرة دي يا ترى هو لسه يشوح بأيديه؟ وقرب منك جدًا.

المريضة: لا.. هو بس قام وثبت إيده على مكتبه.

المعالج: كويس.. اعملني نفس الحاجة ثاني.

وقد جعل المعالج سالي تكرر المنظر ثلاث أو أربع مرات، ومن التكرار

الأخير تغيرت الصورة المتخيلة بعض الشيء. فتخيلت سالى الأستاذ مستندًا إلى كرسيه، ورمق سالى بنظره متبرمة، وقال لها بطريقة غير متوقعة وإن كانت غير لطيفة وقد انخفض قلق سالى كثيرًا.

الإحلال، والتوقف، وصرف الانتباه عن الصورة المتخيَّلة:

تم وصف هذه الطرق الثلاثة بالتفصيل في موضع آخر. ولقد صممت لكي تحقق تخففًا سريعًا من الضغط الناتج عن الخيال، إلا أنها على الأغلب لا تنتج عنها إعادة الصياغة المعرفية. وطريقة توقيف الصورة المتخيلة تشبه توقيف الفكر (Davis, Eshelman & McKay 1988). ويمكن أن تستخدم بمفردها أو تتبع بإحلال الصورة أو صرف الانتباه. وهنا تحاول المريضة أن تتذكر صورة مزعجة ثم تحاول أن تقطع هذا التخيل؛ فيمكنها على سبيل المثال تخيل علامة الوقوف (إشارة المرور) أو ربما تصرخ قائلة (قف) في داخل مخها كلما ظهرت الصورة. وربما كذلك تحاول شد شريط مطاطي حول الرسخ، أو تصفق بيديها عاليًا أو تتخرط في أى تصرف لا يتناسب مع الصورة المتخيلة. ويمكن كذلك أن تستخدم طريقة صرف الانتباه أو إعادة التركيز (والتي وصفت في الفصل الثانى عشر لعلاج الأفكار التلقائية).

المعالج: علشان نلخص الموضوع يا سالى.. أحيانا لما تتخيلى صورة متخيلة مزعجة، ويكون مش ملائم أنك تشتغلى فيها فى وقت معين. وسأعتها تحاولى توفى التفكير فى الصورة أو تحاولى أن تتشغلى عنها ممكن نجرب الحكاية دى دلوقت؟.. تقدرى تستحضرى الصورة الللى اتكلمنا عليها قبل كده؟ تحبى تستخدمى أى طريقة؟

الإحلال:

إن طريقة إحلال صورة أخرى متخيلة باعثة على السرور قد نوقشت

بالتفصيل فى مكان آخر (Beck & Emery, 1985)، وكذلك ينبغى أن تمارس بانتظام حتى يتم التدريب عليها حتى تتخلص المريضة من آثار الصور المزعجة.

المعالج: سالى فيه طريقة ثانية للتعامل مع الصور دى إنك تستبدليها بصورة ثانية. بعض المرضى بتشبهها بأن الصورة المزعجة تظهر كما فى شاشة التلفزيون لما تزعجهم يقدروا يغيروا القناة علشان يشوفوا منظر ثانى زي، تخيل نفسهم مستلقين على الشاطئ أو ماشيين فى غابة جميلة أو ذكرى جميلة من الماضي. تقدرى تحاولى حاجة من الطرق دى. حاولى تفكرى الصورة السارة بأكثر قدر من التفاصيل، وحاولى تستخدمى مناظر كثيرة بقدر الإمكان.. عاوز أشوفك بتجرى تغيرى من منظر مزعج لمنظر جميل.. دلوقت إيه المنظر الجميل الللى تحبى تتخليه دلوقت؟.

وكذلك ازدواج المنظر السار مع تمارين الاسترخاء يعتبر خيارًا آخر لأن المرضى يكونون قادرين على استبدال المنظر المزعج بأخر سار حيثما تكون درجة التوتر لديهم بسيطة أو متوسطة ولكن ليس شديدًا.

مراجعة طرق الاستجابة للصور التلقائية:

وبعد أن تتعلم المريضة طريقة أو طريقتين للتعامل مع الصور المزعجة، يختبر المعالج إمكانية أن تمارس المريضة هذه الطرق.

المعالج: سالى.. خلىنا بسرعة نراجع الللى تعلمتية لحد دلوقت للتعامل مع الصور المزعجة، ونحاول نكتب شوية حاجات.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنت طبعًا ما تقدرى تعرفى مقدمًا إيه الطريقة الأفضل لكن لو كتبتى لستة، وتفضلى تكتبى لغاية ما تعرفى إيه أحسن الطرق الللى بتساعدك. وفى المرات الجاية حا أعلمك بعض الطرق الأخرى إذا كانت هتفيدك.

إحنا حنفضل نتدرب عليها هنا وأنت تدربي عليها فى البيت لغاية ما تبقى كويسة فى استخدامهم وبكدة تقدرى تتحكمى فى الصورة الللى بنزعجك والمشاعر الناتجة عنها.

إدخال أخيلة كوسيلة علاجية:

فى بعض الأحيان يحاول المعالج أن يقحم صورة متخيلة على عكس الطرق السابقة فى مساعدة المرضى على التخلص من الأخيلة التلقائية. ومثال على ذلك هو التريديد السرى للكشف عن المعوقات ذات العلاقة بالواجب المنزلى (انظر الفصل الرابع عشر). وفيما يلى شرح لثلاثة طرق لإقحام الصور المتخيلة:

ترديد الطرق التكيفية: Rehearsal of Coping Techniques

ويستخدم المعالج هذه الطريقة فى أثناء الجلسة لكى يساعد المريضة على ممارسة الطرق التكيفية بطريقة ذهنية فى خيالها، وتختلف هذه الطريقة عن طريقة (التكيف مع الصورة المتخيلة).. هنا يحاول المعالج أن يقحم صورة خيالية لممارسة العلاج المعرفى بدلاً من جعل المريضة تتخيل كيف سوف تتكيف بطريقة أشمل مع الصورة التلقائية التى سبق شرحها.

المعالج: كويس.. أنت بتتوقعى أنك حتقابلى أوقات عصبية لما تقدمى التقرير الشفوى فى الدرس.

المريضة: أبوة.

المعالج: إيه رأيك تتخيلي نفسك متكيفة مع الموقف؟.. إمتى هتلاحظى أن القلق بيزيد؟

المريضة: الصبح، لما أقوم من النوم.

المعالج: وإيه الللى بيكون بيدور فى دماغك؟

المريضة: أنا هتخبط و هنسى حاجات، وحا شوف نفسى باتلعثم وأتأتأ ومش قادرة أتكلم.

المعالج: بتقصدى فى الفصل؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. وإيه اللي تقدرى تعملية؟

المريضة: أقول لنفسى استرخي، وأفكر نفسى أنى جربت تقديم التقرير ده قبل كدة كثير.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أقدر أعمل شويه تمارين بنفس منتظم وده ممكن يريحنى شوية.

المعالج: كويس.. تقدرى تتخيلي نفسك بتعملى كده؟

المريضة: أيوه.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أحس أنى أحسن شويه، لكنى عصبية جدًا مش حا أقدر أفطر أنا حا آخذ دش، وألبس وأستعد للخروج.

المعالج: وإيه اللي بيدور فى مخك فى اللحظات دى؟

المريضة: يا ترى إيه اللي هيحصل لو فضلت متترفة كده.

المعالج: إيه رأيك لو تخيلتى نفسك بتقرى بطاقة التكيف اللي اتعلمناها قبل كده وأنت فى طريقك للفصل؟ ممكن تتخيلي نفسك بتشديها وتبدأى تقرأيها؟

المريضة: أفكر.. بتساعد شوية.

المعالج: إيه رأيك لما تقربى من الفصل، تنطى شوية على الزمن.. تتخيلي نفسك

خلصتى التقرير.. وقعدت فى مكانك.. بتمعنى حد ثانى؟ يا ترى حاسة
بايه دلوقت؟

المريضة: شوية راحة.. لسه قلقانة.. بس مش زى الأول
المعالج: كويس.. دلوقت أنت ماشية ناحية الفصل.. إيه اللي حصل بعد كده
وبتعملى إيه دلوقتى؟

وهنا تتخيل المريضة نفسها بصورة واقعية تتكيف مع الموقف بالتفصيل،
ثم تكتب الطريقة أو التكنيك الذى تتوقع أن يساعدها.

التباعد: Distancing

التباعد هو طريقة أخرى للإقحام الخيالى لخفض التوتر، ويساعد المريضة
أن ترى مشكلة ما من منظور أشمل. وفى المثال التالى يساعد المعالج المريضة أن
ترى أن مشكلتها هى على الأرجح مؤقتة، وهذا يمنحها الأمل.

المعالج: سالى.. أنا عارف انك حاسة باليأس دلوقت ومتوقعة أن المشاكل دى
حتستمر على طول.. تفكرى أنه من المفيد لو قدرت تتخيلى نفسك مريت
بالمرحلة دى؟

المريضة: أفكر أنه صعب أن أتخيل ده.

المعالج: خلىنا نشوف طيب.. إيه رأيك لو حاولتى تتخيلى نفسك فى الكورس الجاى
دى هتكون السنة فى الكلية.. خلىنا نقول فى الخريف الجاى هتكونى لسه
فى الكلية؟

المريضة: محتمل.

المعالج: يا ترى عندك فكرة الحياة هتكون شكلها إيه؟

المريضة: ما أعرفش.. صعب على أن أفكر بالطريقة البعيدة دى.

المعالج: كويس.. خيلنا حرفيين أمتى بتقومى من النوم؟ أنت فىن دلوقت؟
المريضة: يمكن أقوم من النوم الساعة الثامنة أو الثامنة ونصف صباحًا فى شقة فى
المدينة الجامعية.

المعالج: عايشة لوحدهك؟

المريضة: ممكن مع طالبات ثانيين. بعض الطالبات إللى فى الدور معايا السنة دى
إحنا اتكلمنا عن الموضوع ده مع بعض.

المعالج: تخيلى نفسك.. أنت قمت من النوم.. إيه اللى حصل بعد كده؟

المريضة: يمكن أجرى على الفصل بسرعة. يمكن آخذ وقت أطول لو ما كنتش
ساكنة فى المدينة الجامعية.

المعالج: يا ترى شايقة أى حد من زملاء السكن قبل ما تروحي؟ يا ترى رايحة
لوحدهك ولا مع حد؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: ده خيالك أنت.. أنت قررى.

المريضة: ماشى.. أفنكر هاكون ماشية مع حد.

المعالج: يا ترى بتتكلما فى إيه وأنتوا ماشيين.. ولا ساكتين؟

المريضة: لا.. هتكون بتتكلما عن الكلية.. أو الناس اللى نعرفهم.. حاجة زى كده.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أروح الفصل.

المعالج: يا ترى قاعة كبيرة زى أغلب فصولكم السنة دى؟

المريضة: لا.. محتمل لا.. الفصول هتكون أصغر السنة الجاية.

المعالج: وإيه إلی تحبی تتخیلیه بیحصل فی الفصل؟ یا ترى هنتفاعلی ولا هنتعدی ساکتة؟

المريضة: أتمنى أنى هاكون عرفت ناس أكثر وأكون أكثر ارتياحاً.. أنا هاكون برضه هادية بس باشارك أكثر.

المعالج: بتحس بإيه لما تتخيلي المنظر ده؟

المريضة: كويسة.

المعالج: إيه رأيك لو خيلنا تكلمة المنظر هو الواجب الأسبوع ده؟ يعنى كل مرة بتيجي لك الأفكار (أنا عمرى ما أخلص من الحكاية دى) تقدرى تحولى خيالك للمنظر ده وتشوفى تأثيرها على مزاجك.

المريضة: هاحاول.

المعالج: دلوقت، تفكرى هي دى بس قوة التفكير الإيجابي "تخيل المنظر ده"؟ أو تقدرى فى الحقيقة تعملى حاجة علشان ده يتحقق؟ فى الحقيقة أنت فعلاً بتعملى حاجات علشان ده يتحقق، صح؟

المريضة: ده صحيح.

وهناك طريقة تباعد أخرى تساعد المريضة على تخيل ما بعد الكارثة. مارى - والتي سبق ذكرها - كانت تخاف دائماً أن أولادها سوف يتحطمون إذا هي ماتت. ولقد ساعدها معالجها على تخيل درجة الانزعاج عند الأطفال عن نقطة معينة فى الزمن، بدلاً من زمن الحادث أو بعده مباشرة (يشبه هذا التكنيك القفز عبر الزمن، وأنه يشمل مرور السنوات بدلاً من الدقائق والساعات).

المعالج: مارى.. من اللى تتخيليه حيوصل خبر الموت لأولادك؟

المريضة: زوجى.

المعالج: بيعملها إزاي؟

المريضة: (تومئ) حيحط إيده على كتفهم ويقول (حصل حادث.. ماما راحت).

المعالج: وبعدين؟

المريضة: ما بيصدقوش فى الأول، ويبدأوا يبكوا ويصرخوا لا.. ده مش صحيح..
عاوزين ماما.

المعالج: شاعرين بحزن شديد؟

المريضة: أيوه طبعا.. شديد جدًا.

المعالج: ممكن تقفزى لقدام شويه؟ دلوقت إحنا ٦ شهور بعد الحادث.. إيه اللي
بيحصل دلوقت؟ ممكن تتخليهم؟

المريضة: لسه شعور سيئ.. شاعرين بالحزن.

المعالج: ممكن نقفز سنتين ثانيتين؟ عمرهم قد إيه دلوقتي؟

المريضة: ميليسا ٨ سنوات، وليندا ٦ سنوات

المعالج: بيعملوا إيه دلوقت؟

المريضة: بيلعبوا بره.. فى بيتنا ما أفكرش أن جوزى حيغير البيت بيلعبوا مع
أولاد الجيران، نط الحبل أو بيرموا الكورة أو أى حاجة من دى.

المعالج: يا ترى شاعرين بإيه دلوقتي؟

المريضة: (تبكى).. لسه بيكوا فى بعض الأحيان. حاجة تحير.

المعالج: يا ترى حالتهم سيئة زى أول يوم؟

المريضة: لا.. طبعا مش بالسوء ده

ويقود المعالج مارى برفق عبر سلسلة من الخيالات، ٥ سنوات.. عشرة..

عشرين سنة بعد موتها المتخيل. وتصبح هذه الفترة مجرد فترة حزن وحداد عادية يستطيعان عبورها. وحينما تتخيل ابنتيها وقد كبرتَا وأصبحتا أمهات ولهما عائلتهما الخاصة يقل لديها الخوف من أن تموت في حادث سيارة.

تخفيض التهديد المتخيل: Reduction of perceived Threat

وهناك نوع ثالث من إقحام الخيال قد صمم ليسمح للمريض أن يرى موقفًا معينًا بعين واقعية من حيث التهديد المحتمل؛ فعلى سبيل المثال يشجع المعالج سالي أن تحول من تخيلها عن تقديم التقرير في الفصل بتخيل وجوه المشجعين والمشجعات من زملائها.

ولقد كانت "بام" مريضة تخاف الولادة القيصرية، وقد ساعدها المعالج بتخيل كل أجهزة الإنقاذ المتاحة ووجوده الفريق الطبي الواثقة المشجعة والأطباء من خلف أقنعتهم.

والخلاصة.. إن الكثيرين أن لم يكن أغلب المرضى يعانون من أفكار تلقائية في شكل صور متخيلة، وإن الأسئلة الملحة (وإن كانت غير مطلوبة) تساعد هؤلاء المرضى على التعرف على تلك الصور. والمرضى الذين يعانون من صور مزعجة ومؤلّمة غالبًا ما يستفيدون من واحدة من هذه الطرق المستخدمة في العلاج. بالإضافة إلى ذلك، فإن الصور المتخيلة يمكن أن تقحم من أذهان المرضى لأغراض علاجية متعددة.

الفصل الرابع عشر

الواجب المنزلي

يعتبر الواجب المنزلي Homework جزءاً مكملاً وليس اختياريًا في العلاج المعرفي (Beck et al, 1979). في الأساس ينظر المعالج لزيادة الفرص المتاحة للتغيير المعرفي والسلوكي خلال أسبوع المريضة . والواجب المنزلي الجيد يعطي فرصًا أكثر للمريضة أن تعلم نفسها (مثلاً من خلال العلاج بالكتابة)، وكذلك لجمع المعلومات (من خلال رصد أفكارها ومشاعرها وتصرفاتها)، وكذلك لاختبار أفكارها ومعتقداتها حتى تستطيع تعديلها، والتدرب على وسائل العلاج السلوكي والمعرفي وتجريب التصرفات الجديدة . ويعظم الواجب المنزلي ما تعلمته المريضة في جلسات العلاج، ويؤدي إلى زيادة إحساس المريضة بالكفاءة. ولقد وجد مجموعة من الباحثين أن مرضى العلاج المعرفي الذين يؤدون الواجب المنزلي يتقدمون أسرع من المرضى الذين لا يمارسونه (Neimeyer & Feixas 1988; 1990) وكثير من المرضى يؤدون الواجب المنزلي باستعداد وسهولة، وقليلون لا يفعلون ذلك. وأنه لمن المهم أن نلاحظ أن أكثر المعالجين خبرة يواجهون صعوبة مع بعض الحالات الاستثنائية الذين برغم تحضيرهم تحضيرًا جيدًا نادرًا ما يؤدون أي التزامات مكتوبة، فإن على المعالج أن يفترض مبدئيًا أن أي مريض يمكن أن يؤدي الواجب المنزلي إذا أعد إعدادًا مناسبًا . فعلى المعالج أن يراعي على سبيل المثال أن يفصل الواجب لكل مريض على حدة، مقدمًا تبريرًا معقولاً مكتشفًا المعوقات المتوقعة معدلاً المعتقدات ذات الصلة لكي يحسن من إمكانية التزام المريض. وينقسم هذا الفصل إلى أربعة أجزاء : إعداد الواجب المنزلي، زيادة إمكانية إكماله بنجاح، وبلورة المشاكل الناجمة ، ومراجعة الواجب المنزلي.

إعداد الواجب المنزلي:

لا توجد معادلة جاهزة لإعداد الواجب المنزلي، ولكن الواجب المنزلي ينبغي أن يفصل لكل مريض على حدة، وأن يتم إعداده بالتعاون بين المعالج والمريضة، وأن يصمم طبقاً لمحتويات وأهداف الجلسة العلاجية وأهداف المريض والمعالج ورؤية المعالج للمريضة وللمرحلة العلاجية، وعند اقتراح الواجب المنزلي يضع المعالج في اعتباره الصفات الفردية للمريضة مثل قدرتها على القراءة والكتابة و دوافعها واستعدادها للالتزام بالواجب ودرجة إحباطها ووظائفها الإدراكية والمعوقات العملية (مثل عامل الوقت) وغير ذلك.

ويأخذ المعالج عموماً دور القيادة في اقتراح الواجب المنزلي، وبالتدريج كما في حالة إعداد الأجنحة يبدأ المعالج أن يطلب من المريضة أن تصمم هي واجبها المنزلي (مثلاً دلوقتي إحنا خلصنا الكلام عن مشكلتك مع زميلتك في السكن.. تفكرتي إيه إللى يكون مناسب بالنسبة للموضوع ده إنك تعمليه كواجب منزلي الأسبوع ده؟). وقد لوحظ أن المرضى الذين يعدون الواجب المنزلي بأنفسهم غالباً ما يستمرون في عمل ذلك بعد انتهاء فترة العلاج . وفي هذا الجزء الأول سوف نقدم واجباً منزلياً نموذجياً، وسوف نصف التوصيات المستمرة والمهمات الأخرى الملائمة لبداية ومنتصف ونهاية مراحل العلاج، ثم سوف نقدم جزءاً من واجب سالي المنزلي، وفي المقطع الأخير من هذا الجزء سوف نقدم إرشادات عامة لاختيار الواجب المنزلي .

الواجبات المنزلية المستمرة:

فيما يلي مناقشة للواجبات المنزلية المستمرة:

١ - التنشيط السلوكي:

وهو مهم على وجه الخصوص للمرضى الخاملين، لكنه أيضاً نافع

لمرضى كثيرين، والذين تتبلور أهدافهم إما بالرجوع إلى نشاطاتهم السابقة أو إثراء حياتهم بتجريب نشاطات جديدة. وجدولة النشاط يمكن أن يتحقق إما بأسلوب منظم كما ذكر في الفصل الثاني عشر أو بطريقة عشوائية (أي نشاطات من قائمة الأهداف تحبب تجربتها أو تكتشف معلومات عنها الأسبوع ده؟).

وهناك نوع آخر من النشاط السلوكي ينبع تلقائيًا، من محتويات الجلسة ويتكون من ممارسة نشاطات جديدة أو تطبيق إجراءات عملية منبثقة من حلول المشاكل التي تم طرحها، فسألى على سبيل المثال لديها مشكلة مع رفيقة سكنها وبعد المناقشة ولعب الأدوار في أثناء الجلسة وافقت سالى أن تحاول أن تتفاوض في مواضيع مثل الإزعاج والفوضى مع رفيقتها. وغالبًا ما يؤدي حل المشكلة المباشر مع متابعة سلوكية ناجحة إلى تحسن في المزاج.

٢- رصد الأفكار التلقائية:

وهو واجب مهم منذ الجلسة الأولى فصاعدًا؛ فكما ذكر في الفصل الثالث، تسأل المريضة نفسها "ما الذي يدور في رأسي الآن؟" وذلك كلما لاحظت تغييرًا في مشاعرها. وبداية يمكنها أن تدون هذه الأفكار على ورقة أو فى كراسة أو بطاقة الفهرست، وحالما كان الوقت ملائمًا يعلمها المعالج أن تدون هذه الأفكار فى سجل الأفكار المعطلة (Dysfunctional Thought Record). وينصح المعالج المريضة أن رصد الأفكار التلقائية يؤدي فى الواقع إلى زيادة الإحباط إذا لم تحاول أن تستجيب لها بطريقة تكيفية، ولهذا السبب يتعاون المعالج والمريضة فى تصميم بطاقات التكيف (انظر الفصل الثانى عشر) حتى يمكن قراءتها فى المنزل وهى تحاول معالجة الأفكار المزعجة المتوقعة.

٣- العلاج بالقراءة:

يعتبر العلاج بالقراءة من الواجبات النافعة. ومن المفيد أن نجعل المريضة

تقرأ وتلاحظ ردود أفعالها تجاه ما تقرأ: ما الذي وافقت عليه، وما الذي لم توافق عليه، وما الذي تريد أن تستفسر عنه (انظر الملحق c لقائمة ن للقراءات المقترحة).

٤ - مراجعة الجلسة العلاجية السابقة:

ويساعد ذلك على تثبيت ما تعلمته المريضة، وتشمل هذه المراجعة قراءة ملاحظات قد كتبت في أثناء الجلسة أو بعدها مباشرة أو الاستماع إلى تسجيل صوتي للجلسة. وفي أثناء الاستماع إلى التسجيل يمكن للمريضة أن تكتب النقاط الأساسية أو ملخصًا لما قيل في الجلسة، وكذلك يمكنها تسجيل الأفكار السلبية والاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة. وهناك وسيلة بديلة لتسجيل الجلسة بكاملها والاستماع إليها، وهي تسجيل ملخص لما دار بها، وذلك في الدقائق الأخيرة من الجلسة. وكذلك، فإن المعالج يمكنه أن يحتفظ بشريط مسجل لما دار في أثناء الجلسة لمراجعتها فيما بعد (أنظر الفصل الثامن عشر)، ويمكنه أن يطلب من المريضة أن تحضر معها جهاز التسجيل وشرائطه الخاصة بها.

٥ - الإعداد للجلسة العلاجية القادمة:

وهذا طبيعي بالنسبة لمعظم المرضى، ولا يتطلب عادة إلزامًا من المعالج؛ فهؤلاء المرضى عادة ما يجمعون أفكارهم متوقعين ما سوف يسألهم المعالج في بداية كل جلسة، إلا أن بعض المرضى يتجنبون التفكير في العلاج فيما بين الجلسات أو يجدون صعوبة في صياغة العناصر المهمة في جمل قصيرة، وأنه لمن المفيد أن نجعل هؤلاء المرضى يكتبون ملاحظات مكتوبة قبل كل جلسة، وتعتبر استمارة وصل الجلسات (Session Bridging Worksheet) وسيلة إرشادية نافعة (انظر الفصل الرابع شكل ٤-١).

٦- واجبات إضافية:

الواجبات التي ذكرت للتو يمكن أن تكون نافعة في كل جلسة، وبالإضافة إلى ذلك ينبغي على المعالج أن ينظر في إعطاء واجبات إضافية أخرى تكون ملائمة لعدد محدد من الجلسات. فأتداء الجلسة الأولى - على سبيل المثال - فإنه من المفيد أن نجعل المريضة تتقح قائمة أهدافها (انظر الفصل الثالث) وأن تبدأ قائمة عبارات إيجابية (انظر الفصل الثاني عشر)، وفي أثناء الجلسات التالية القليلة يركز الواجب المنزلي على تقييم الأفكار التلقائية والاستجابة لها.

وحيثما يتم التعرف على الافتراضات والمعتقدات ربما ترى المريضة أنه من المفيد أن تراجع مخطط التصور الإدراكي (Conceptualization Diagram) (الفصل العاشر). وبمجرد البدء في إعادة صياغة الأفكار والمعتقدات السلبية خلال الجلسة يمكن للمريضة أن تستمر في العمل بإستمارة المعتقدات الجوهرية (Core Belief Worksheet) في المنزل (الفصل الحادي عشر) وقبل أو بعد تعديل المعتقدات يمكن للمريضة أن تختبر التغييرات السلوكية المستمرة كممارسة المهارات الجديدة (مثل الاعتداد بالذات) أو التمثيل "كما لو" (انظر الفصل العاشر) أو اختبار الأفكار والمعتقدات من خلال التجارب السلوكية (انظر الفصل العاشر والثاني عشر).

وأخيرًا، فإن الواجب المنزلي في المرحلة النهائية من العلاج يمكن أن يكون موجهاً نحو إنهاء العلاج ومنع النكسات (انظر الفصل الخامس عشر) مثل تنظيم المذكرات العلاجية والاستجابة للأفكار التلقائية حول إنهاء العلاج وتطوير الخطط لمواجهة الصعوبات المستقبلية المتوقعة.

وعلى الرغم من أن الواجبات المذكورة فيما يلي مناسبة لمرضى كثيرين، فإن علينا أن ننتبه إلى أن العدد الأكبر من الواجبات المنزلية هي متفردة ومصممة خصيصًا من أجل مرضى بعينهم.

عينات من واجبات سالى المنزلية:

الجلسة الأولى:

١. تنقيح قائمة الأهداف.
٢. حينما يتغير مزاجى أسأل نفسى "ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟" وأدون أفكارى، وأذكر نفسى أن هذه الأفكار قد تكون صحيحة أو غير صحيحة.
٣. أذكر نفسى أننى مكتئبة الآن ولست كسولة بطبعى، ولهذا تبدو الأشياء صعبة.
٤. أفكر فيما ينبغى أن أضعه فى الأجندة للأسبوع القادم (ما هى المشاكل والمواقف) وكيف أسميها؟
٥. قراءة كتيب (التعامل مع الاكتئاب) والنوطة العلاجية.
٦. أذهب للسباحة والمشى ثلاث مرات أسبوعياً.

الجلسة الثانية:

١. عندما ألاحظ أى تغير فى المشاعر، أسأل نفسى "ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟" وأدون الأفكار التلقائية (والتي يمكن ان تكون صحيحة أو غير صحيحة) أحاول أن أعمل ذلك مرة فى الأسبوع على الأقل.
٢. إذا لم أستطع تحديد أفكارى، أدون المواقف فقط. تذكرى أن التعرف على الأفكار هى مهارة تتطلب تدريباً مثل الآلة الكاتبة.
٣. أسأل رون للمساعدة فى الفصل الخامس من كتاب الاقتصاد.
٤. أقرأ النوطة العلاجية مرة يومياً.
٥. الاستمرار فى السباحة والجري والتخطيط لعمل ثلاثة أنشطة مع زميلتى فى السكن.

الجلسة الثالثة:

١. قراءة الأجندة العلاجية مرة في اليوم.
٢. الاستمرار في السباحة والجرى مع جين.
٣. أسأل ليزا لتذاكر معي لامتحان الكيمياء.
٤. أضيف إلى قائمة المكافآت (شعارات إيجابية عن النفس).
٥. تعبئة الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية (DTR) مرة يوميًا حينما أشعر أن مزاجي أسوأ، وأستخدم الأسئلة في أسفل الاستمارة.

الجلسة الرابعة:

١. أكتب الأفكار التلقائية في استمارة الأفكار السلبية (DTR).
٢. مراجعة النوتة العلاجية.
٣. أحاول أن أرصد نشاطاتي بقدر الإمكان.
٤. أناقش مسألة الإزعاج والفوضى مع رفيقة السكن.
٥. أحتفظ بقائمة المكافآت.

الجلسة الخامسة:

١. تعبئة الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية حينما يتغير المزاج، وأستخدم الأسئلة في أسفل الاستمارة لتطوير استجابات بديلة.
٢. أقرأ الأجندة العلاجية.
٣. الاستمرار في النشاطات الموجودة في الجدول.
٤. قائمة المكافآت.

٥. الاقتراب من مساعد المدرس للمساعدة في بعض الدروس.

الجلسة السادسة:

١. إكمال استمارة الأفكار السلبية عند الشعور بالإحباط.
٢. قراءة الأجنحة العلاجية.
٣. قائمة المكافآت.
٤. قراءة كروت التكيف حينما أشعر بالقلق من الامتحان التحريري.
٥. الاستمرار في جدول الأنشطة.

الجلسة السابعة:

١. استمارة الأفكار السلبية.
٢. قراءة الأجنحة العلاجية.
٣. قائمة المكافآت.
٤. أسأل سؤالاً أو اثنين في نهاية الدرس.
٥. قراءة الكروت التكيفية ثلاث مرات في اليوم أو عند الحاجة.

الجلسة الثامنة:

١. استمارة الأفكار السلبية.
٢. قراءة الأجنحة العلاجية.
٣. قائمة المكافآت.
٤. أسأل سؤالاً أو اثنين في نهاية الدرس.

٥. قراءة سريعة لمخطط تصور الحالة (Case Conceptualization).

الجلسة التاسعة:

١. استمارة الأفكار السلبية.
٢. قراءة الأجنحة العلاجية.
٣. الإجابة عن سؤال أو سؤالين أو عمل تعليق في حصة الاقتصاد.
٤. العمل في الجزء الأسفل من استمارة الأفكار السلبية.
٥. التحدث مرة أخرى مع رفيقتي في السكن عن الموضوع.
٦. الذهاب إلى الدكتور سميث خلال أوقات وجوده في المكتب.
٧. المميزات والعيوب للذهاب إلى فيلادلفيا أو البقاء في البيت في أثناء الأجازة الصيفية.

الجلسة الثانية عشرة (النهائية):

١. استمارة الأفكار السلبية حول إنهاء العلاج.
٢. ترتيب الأجنحة العلاجية من البداية.
٣. مراجعة النوتة للعلاج الذاتي.

تعظيم احتمالات نجاح الواجب المنزلي:

- على الرغم من أن بعض المرضى يؤدون الواجب المنزلي بسهولة، فإن ذلك يعتبر مشكلة بالنسبة لآخرين، وتنفيذ الإرشادات التالية سوف تزيد من احتمالات نجاح المرضى مع الواجب المنزلي وإحساسهم بتحسين في المزاج.
١. تفصيل الواجب على مقياس الفرد (كن متأكدًا ٩٠ - ١٠٠ % أن

المريض يستطيع عمل الواجب) كن فى الجانب السهل أكثر من الجانب الصعب.

٢. أعط مبررًا لمعنى وكيفية عمل الواجب المنزلى.

٣. تصميم الواجب المنزلى بالتعاون مع المريضة مع التأكد من مردود المريضة وموافقته.

٤. اجعل الواجب المنزلى كما لو كان اختيارًا لا خسارة منه.

٥. ابدأ الواجب فى أثناء الجلسات.

٦. ساعد على إرساء أنظمة تساعد على التذكر.

٧. توقع مشاكل محتملة، ناقش المشاكل إذا لزم الأمر.

٨. الإعداد لاحتمال نتائج سلبية.

تفصيل الواجب المنزلى:

إن الإكمال الناجح للواجب المنزلى يسرع من عملية العلاج، ويؤدى إلى إحساس بالسيادة وتحسين المزاج، ولذلك فإن الواجب المنزلى ينبغي أن يوضع فى الاعتبار لزيادة احتمالات النجاح فى العلاج وليس مجرد إلزامات طبقاً لمعادلات موصوفة، وعلى المعالج أن يضع فى اعتباره سمات المريضة الشخصية ورغباتها.

جوان - على سبيل المثال - هى مريضة لم تستطع أن تفهم النموذج المعرفى فى الجلسة الأولى، وأصبحت فى الواقع أكثر عصبية حينما كان معالجها الحديث الخبرة يدفعها إلى التعرف على أفكارها التلقائية، ولقد أخبرت مرة معالجها "أنت لا تستطيع أن تفهمنى جيدًا، فأنا لا أستطيع معرفة ما يدور فى ذهنى فى اللحظة نفسها، كل ما أعرفه هو أنني مستاءة".

فإن الواجب المنزلى الذي يحثها على تدوين أفكارها التلقائية لا يعتبر مناسبًا في هذه الجلسة. وثمة مريضة أخرى في المقابل تدعى "باربرا" كانت قد قرأت كتابًا في العلاج المعرفى، وتعلمت بطريقة مدهشة أن تتعرف على أفكارها التلقائية، وكان واجبها المنزلى هي أن تملأ الخانات الأربع الأولى فى استمارة الأفكار التلقائية حينما تكون مكتئبة.

وكما أن نوع الواجب مهم، فكذلك تعتبر كمية الواجب المنزلى مهمة؛ فسالى كانت مريضة متحفزة، وكانت منغمسة فى الواجب المنزلى لأنها مازالت طالبة، وكان من السهل عليها إنجاز الواجب المنزلى أكثر من "جوان" التى كانت أكثر اكتئابًا، وكانت قد تركت المدرسة منذ سنوات.

والخطوة الثالثة فى تفصيل الواجب المنزلى لكل مريض على حدة هو تقسيمه إلى خطوات عملية، مثل قراءة فصل واحد فى كتاب ليمان عن العلاج المعرفى أو أي كتاب مدرسى أو ملء الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية أو قضاء من عشر إلى خمس عشرة دقيقة فى دفع الفواتير أو القيادة إلى السوبر ماركت القريب وليس الدخول فيه.

وإنه لمن المهم أن نتوقع صعوبات محتملة قبل إعطاء الواجب المنزلى، وهذا يتوقف على تشخيص المريضة ومشاكلها الحالية، فالمريضة المكتئبة على سبيل المثال تستفيد أكثر من الأعمال السلوكية (وليسست المعرفية) فى البداية. والمريضة الخجولة من ناحية أخرى يمكن أن تخجل من الواجبات السلوكية التى قد تعتبرها تحديًا لها، ويمكن أن تزيد من واجباتها الكتابية. والمريضة التى تشعر بالقلق والإرتباك ربما تشعر أنها غير قادرة على عمل الواجب المنزلى لأنها تشعر أنه كثير جدًا، وأنه من الأفضل كثيرًا أن يكون الانحياز فى عمل الواجب المنزلى فى جانب السهولة أكثر منه فى جانب الصعوبة، وأن الفشل فى عمل الواجب المنزلى غالبًا ما يؤدي إلى إحساس المريضة بالإحباط ونقد الذات واليأس.

جعل الواجب المنزلي اقتراحًا لا خسارة منه:

وكما ذكر في الفصل الثالث، فإنه من المفيد عند عمل الواجب المنزلي أن نركز على أن المعلومات المهمة يمكن الحصول عليها حتى إذا فشلت المريضة في عمل الواجب المنزلي، وبذلك نضمن ألا تشعر المريضة بالإحباط وعدم الكفاءة إذا لم تعمل الواجب.

المعالج: "سألي إذا عملت الواجب ده كله يبقى كويس خالص، لكن إذا كان عندك أي صعوبات في عمله، فده مش مهم وخصوصًا إذا إنت تقدري تحددتي الأفكار اللي بتدور في رأسك؛ فإما تعملي الواجب أو تشوفي إذا كنتي تقدري تلقطي الأفكار اللي تمنعك من عمل الواجب، وإن شاء الله هانتكم عن الأفكار دي الأسبوع الجاي .. ماشي؟"

وفي بعض الأحيان تقشل المريضة في عمل جزء ذات مغزى من الواجب المنزلي لأسبوعين متتاليين أو تعملها قبل الجلسة مباشرة وفي هذه الحالات ينبغي على المعالج أن يكتشف المعوقات السيكولوجية والعملية. والتركيز على أهمية الواجب المنزلي بدلاً من الاستمرار في اعتباره اقتراحًا لا خسارة فيه.

البدء في عمل الواجب في أثناء الجلسة:

في المراحل الأولى من العلاج بصفة خاصة ينصح بإعطاء بعض الوقت خلال الجلسات للمريضة لأن تبدأ في الواجب المنزلي. وهذا مفيد للمعالج لكي يختبر إذا كان الواجب على مستوى مناسب للمريضة من حيث الصعوبة، وأنه أيضًا مفيد للمريضة التي من السهل عليها أن تستمر في الواجب من أن تبدأ فيه؛ لأن غالبية المرضى يذكرون أن أصعب جزء في الواجب المنزلي هو مرحلة البداية.

تذكر عمل الواجب:

إنه لمن المهم جدًا أن تعد المريضة منذ البداية في أن تكتب واجبها المنزلي في أثناء الجلسة. وهناك استراتيجيات عديدة أخرى نافعة للمرضى الذين ينسون واجباتهم المنزلية، مثل إعطائهم التعليمات بربط الواجب بنشاطات يومية أخرى (إيه رأيك لو تعملى الواجب بعد الغدا أو قبل النوم؟). أو يمكنهم إلصاق مذكرات على الثلاجة أو مرآة غرفة النوم أو تابلوه السيارة . ومناقشة كيفية تذكر أخذ العلاج في أوقاته أو إعطائه للأخريين ربما يدفعهم إلى استخدام هذه الاستراتيجيات لعمل الواجب المنزلي. وقد نلجأ إلى حل مباشر للمشكلة مثل أن يرى المعالج والمريضة أنها تستطيع سماع شريط مسجل في السيارة للجلسة العلاجية في أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.

توقع الصعوبات أو المشاكل:

إنه لمن المهم أن يضع المعالج نفسه مكان المريضة واضعًا في اعتباره

النقاط التالية:

- هل كمية الواجب المنزلي مناسبة للمريضة؟
- هل درجة الصعوبة ملائمة؟
- هل يبدو مربكًا؟
- هل يبدو منطقيًا؟
- هل هو مناسب لأهداف العلاج؟
- ما هو احتمال أن تستطيع القيام به؟
- ما المشاكل العملية التي يمكن أن تظهر في الطريق؟ (الوقت ، الطاقة ، الفرصة الملائمة)
- ما هي الأفكار التي يمكن أن تظهر في الطريق؟

ويسأل المعالج المريضة عن مدى قدرتها على عمل الواجب (٠ - ١٠٠)،

وإذا كان المعالج ليس متأكدًا بدرجة ٩٠ إلى ١٠٠ % من أن المريضة قادرة على

عمل الواجب المنزلي فعليه أن يتبع واحدة من الاستراتيجيات التالية:

١ - التردد الغيبي:

كما هو موضح فيما يلي ويستخدم المعالج طريقة التخيل المفتعل لاكتشاف وحل المشاكل المحتملة المتعلقة بالواجب المنزلي.

المعالج: سالى، تفنكرى فيه حاجة هاتظهر فى الطريق وإنتي رايحة لمساعد المدرس؟

المریضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه الوقت المناسب إنك تروحي؟ (مساعدًا إياها أن تحدد وقتًا وتلتزم به).

المریضة: السبت الصبح فى أوقات تواجدہ بالمكتب.

المعالج: ممكن تخيلى إن إحنا دلوقتى السبت الصبح؟ ممكن ترسمي صورة فى خيالك؟ تخيلى إنك يتقولى لنفسك أنا لازم أروح لمكتب المساعد.

المریضة: ماشى.

المعالج: إنتى فين دلوقتى؟ (سائلاً عن التفاصيل حتى تستطيع المريضة أن ترى بوضوح ما تخيلته، وأن تتعرف على أفكارها ومشاعرها).

المریضة: فى غرفتى.

المعالج: بتعملى إيه؟

المریضة: لبست هدومى حالاً.

المعالج: وحاسة بإيه؟

المریضة: متوترة شوية.

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك؟

المریضة: مش عايزة أروح. يمكن أقرأ الدرس لوحدي من الكتاب.

المعالج: وناوية تستجيبى للفكرة دى إزاي؟

المريضة: ماعرفش يمكن كويس بالنسبة لى (تضحك).

المعالج: تفتكرى ده ممكن يفكرك إن دي تجربة كويسة فى إنك تختبري توقعاتك فى إنك مش هاتفهمي الدرس حتى لو حد ساعدك.

المريضة: أفتكر كدة.

المعالج: يا ترى من المفيد إنك تقرأي كرت من كروت التكيف.

المريضة: ممكن (يؤلف المعالج والمريضة بطاقة تكيف كما ذكر فى الفصل الثانى عشر).

المعالج: كويس.. دلوقتي تقدرى تتخيللى إنك لابسة ملابسك وبتفكري " أنا هأقرأ الدرس بدل ما أروح " دلوقتي إيه اللى حصل؟

المريضة: أفتكر "لحظة من فضلك دي من المفترض أنها تجربة، فمين كرت التكيف؟"

المعالج: أه صحيح، هو فين؟

المريضة: أنت عارفني، لازم أبص فيه.

المعالج: يا ترى فيه مكان معين بتحطى فيه الكرت أول ما توصلى البيت؟

المريضة: الحقيقة أنا مش عايزة زميلتي فى السكن تشوفه، أنا هاحطه فى آخر درج فى المكتب.

المعالج: ماشى، ممكن تتخيللى بقى إنك بتأخدي الكارت وتقريه؟

المريضة: أبوة.

المعالج: دلوقتي إيه اللى حصل؟

المريضة: من المحتمل إنني بفكر ليه لازم أروح ، لكن لسة مش عاوزة وقررت
إن أنا أرتب غرفتي الأول.

المعالج: إيه اللي تقدري تفكري نفسك بيه فى النقطة دي؟

المريضة: إن أنا ممكن أروح فى أي وقت وده ممكن يساعدنى، وإن أنا لو توقفت
عن التفكير ونظفت غرفتي، ممكن ينهى كل ده.

المعالج: جميل، وبعدين إيه إالى حصل؟

المريضة: أنا رايحة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وصلت هناك، بسأل السؤال، مش فاهماه كله وياقله أنا متلخبطة فى
النقطة دي . احتمال هو يساعد.

المعالج: وحاسة بإيه فى اللحظة دي؟

المريضة: كويس خالص أنا سعيدة بأني رحيت.

إن هذا التردد الغيبي للواجب المنزلى يساعد المريضة والمعالج على
اكتشاف المعوقات العملية والأفكار السلبية التي يمكن أن تعطل إتمام الواجب
المنزلى.

٢- اقتراح واجب آخر:

يمكن أن يقترح المعالج واجبًا آخر إذا رأى أن الواجب المعطى غير ملائم
أو إذا كان التردد الغيبي ليس مؤثرًا بالقدر الكافي، وأنه لمن الأفضل اقتراح
واجب أسهل تستطيع المريضة أن تعمله بدلاً من ترسيخ عادة عدم عمل الواجب
المنزلى الذي أتفقا عليه فى أثناء الجلسة.

المعالج: سالي، أنا مش متأكد إنك هاتقدري تعملي كدة (أو أنا مش متأكد

إن الواجب ده مناسب لكي) ، إيه رأيك؟ عاوزة تستمري وتحاولي أو تنتظري لوقت تاني؟

٣- لعب الأدوار المنطقي – العاطفي:

ويمكن أن يساعد ذلك مريضة مترددة حينما يرى المعالج أنه من المهم لها أن تؤدي واجباً معيناً (كما ذكر في الفصل العاشر، فإن هذا التكنيك لا يستخدم مبكراً في العلاج لأنه يمكن أن يفهم على أنه كان تحدياً.

المعالج: أنا لسة مش متأكد يا سالي إنك هاتسحبي الكارت إلی يساعذك على إنك تروحي للمدرس.

المريضة: يمكن لأ.

المعالج: كويس، إيه رأيك نلعب لعبة تمثيل الأدوار العاطفية العقلية عن الموضوع ده؟ إحنا عملناها قبل كدة. أنا هابقي الجزء العقلي وإنتي الجزء العاطفي. إنتي حاولي تجادلي على قد ما تقدري ضدي علشان أقدر أشوف كل المبررات اللي عندك في عدم استعمال الكارت وندرس المشكله. ابدأي.

المريضة: حاسة إني مش عاوزه أعمل كده.

المعالج: حقيقي فعلاً أنا حاسة إني مش عاوزه أعمل ده ، بس الإحساس مش مهم، المهم أنا محتاجة أعمله ولا لأ.

المريضة: بس أنا ممكن أعمله بعدين.

المعالج: مضبوط، بس أنا طبيعتي مش كده، مش عاوزه أتعلم عادة جديدة أني أأجل الأشياء النافعة. أنا عندي فرصة دلوقت أني أدمم عادة جديدة بقدر

الإمكان

المريضة: بس مش مهم مرة.. يعني...

المعالج: صحيح، مرة واحدة مش مهم جدًا، لكن دي فرصة يمكن ما تجيش تاني
علشان ما تعودش على كده.

المريضة: ما عرفش، بس أنا ماليش نفس أعمله.

المعالج: أنا مش لازم أنتبه لحكاية عايزه ومش عايزه ده على المدى البعيد.. أنا
لازم أتعلم أعمل الصالح لى بغض النظر عن عايزه ومش عايزه علشان
أحقق أهدافى وأشعر إنى ناجحة ، ومش عاوزه دايمًا أتجنب الحاجات
اللى باحس إنى مش عاوزه أعملها.

المريضة: أنا خلصت الجدل.

المعالج: كويس.. خلىنا نبدل الأدوار ونكتب بعض الكلام أو نسجله على شريط.
وبإنباع طريقة تبادل الأدوار يبقى للمعالج أن يختار نقطة أخرى. يمكنه
بالتعاون مع المريضة أن يعيدا تقرير الواجب نفسه (حاسه بإيه دلوقت إذا حاولنا
نكمل الواجب ده نفسه؟) وإذا قرر الطرفان أن يستمرا فى عمل الواجب نفسه
يمكنهما بالتعاون أن يصمما بطاقة تكيف محتوية على بعض النقاط التي ذكرت
فى التمثيلية السابقة. وإذا رأى المعالج أن المريضة لن تستطيع عمل هذا الواجب
فيمكنه أن يغيره بدلًا من شعور المريضة بالفشل إذا لم تستطع إكمال الواجب
الأصلى.

الإعداد لاحتمالات حدوث نتائج سلبية:

عند تصميم تجربة سلوكية أو التحقق من فرضية ما، فإنه لمن المهم إعداد
سيناريو قابلاً لأن يكون ناجحًا؛ فعلى سبيل المثال ناقشت سالى ومعالجها من هو
الأستاذ الذي يكون أكثر استعدادًا لتقبل الأسئلة بعد الدرس، وما هى الكلمات التي
يمكن أن تستخدمها حينما تناقش مع زميلتها مشكلة الضوضاء، وما مقدار
المساعدة التي يمكن أن تطلبها من جارتها، وإذا اعتقد المعالج أن التجربة السلوكية

لن تأتي بالنتيجة المرجوة، فإنه يمكنه أن يعلم المريضة مقدماً الاستجابة لبعض الأفكار التلقائية (انظر الفصل الثاني عشر).

المعالج: دلوقت ممكن جارتك تقولك أنا ماقدرش أساعدك، إيه اللي ممكن يدور في مخك لو ده حصل؟

المريضة: إن المفروض إني ماكنتش أطلب المساعدة، ممكن تفكر إني غبية علشان طلبت المساعدة.

المعالج: إيه الأسباب الأخرى اللي ممكن تخليها ترفض؟ (باحثاً عن تفسيرات بديلة)

المريضة: إنها ممكن تكون مشغولة.

المعالج: وإيه تاني؟

المريضة: تفكر.

المعالج: أو هي مش ممكن تكون فاهمة المادة كويس علشان تشرحها لك أو ما بتحسب الشرح أو مشغولة بشيء تاني.

المريضة: ممكن.

المعالج: عندك أي دليل أنها ممكن تفكر إنك غبية؟

المريضة: لأ، بس إحنا مختلفين في الأمور السياسية.

المعالج: وهل إنتي عندك فكرة إن الاختلاف في الأفكار ده بيخليها تقول عليك غبية أو لأنكم مختلفين في وجهات النظر؟

المريضة: لأ إحنا بس حاسين إن إحنا مختلفين في وجهات النظر.

المعالج: يعني حتى لو هي رفضت تساعدك مش معناها إنها غيرت رأيها فيكي بناءً على طلب المساعدة ده.

المریضة: لأ ما ففكرش .

المعالج: كویس خالص یعنی إحنا اتفقنا إنك حاتروحيلها النهارده تطلبی منها
تساعدك. إذا ساعدتك یبقى كویس وإذا رفضت هاتفكری نفسك بإیه؟

المریضة: إن ده مش معناه إن هی فاكرة إنی غیبة ، هی بس یمكن تكون مشغولة
أو مش متأكدة من المادة نفسها أو مش بتحب تعلم حد.

إن المناقشة السابقة تحمی من احتمالات إحباطات ممكنة حینما تنتقد
المریضة نفسها.

تصور لمعنى الصعوبات:

إذا كانت لدى المریضة مشكلة فى عمل الواجب المنزلى فعلى المعالج أن
یستغل هذه الفرصة لتفهم أكثر وضوحًا للمریضة. وبعزى المعالج صعوبة
المریضة فى عمل الواجب المنزلى إما إلى مشاكل عملية أو سیکولوجية أو مشاكل
سیكولوجية فى شكل مشاكل عملية أو مشكلة فى إدراك المعالج نفسه.

المشاكل العملية:

إن أغلب المشاكل العملية یمكن تجنبها إذا أعد المعالج الواجب المنزلى
بعناية وأعد المریضة له. والترديد الغیبي (كما شرح سابقًا) یعتبر من وسائل
مواجهة الصعوبات وفيما یلى شرح لأربع مشاكل عملية وعلاجها.

١ - عمل الواجب المنزلى فى الدقیقة الأخيرة:

إن أفضل وقت لعمل الواجب المنزلى هو خلال الأسبوع، حین إنه من
المفید جدًا للمریضة أن تلتقط أفكارها التلقائية فى اللحظة التي تلاحظ فیها تغيرًا فى
مشاعرها، وعلیها أن تستجیب لها إما عقلیًا أو كتابة. وبعض المرضى یجنبون
التفكير فى العلاج فیما بین الجلسات، وغالبًا ما تكون هذه المشكلة هى جزء من

مشكلة أعمق، وعلى المريضة في هذه الحالة أن تتعرف وتعديل من بعض المعتقدات (مثلاً: "إذا ركزت على مشكلة بدلاً من تناسيها سوف أشعر بتدهور" أو لا أستطيع عمل شيء فلماذا على أن أحاول؟). وبعض المرضى يحتاجون فقط إلى تذكرة خفيفة بأن لا يعملوا الواجب المنزلي في اللحظات الأخيرة: "بعض المرضى يعملوا الواجب في الليلة التي قبل يوم جلسة العلاج، تفتكري ده يكون أفضل بالنسبة للمرضى من أنهم يعملوه على مدار الأسبوع؟"

٢- نسيان مبررات الواجب:

أحياناً يهمل مريض ما هو الواجب؛ لأنه لا يتذكر لماذا عليه أن يؤديه، ويمكن تجنب هذه المشكلة بجعل المرضى الذين يعانون من هذه الصعوبة أن يكتبوا سبب إعطاء الواجب بعده مباشرة.

المريضة: أنا ما عملت تمارين الاسترخاء (أو ماقريتش كروت التكيف ولا عملت التنفس المنتظم ولا سجلت نشاطاتي) لإني كنت حاسة إني كويسة الأسبوع ده.

المعالج: تفتكري إحنا قلنا من كام أسبوع ليه لازم تعملى الحاجات دي بغض النظر عن حالتك النفسية؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: كويس، خلينا نقول إن إنتى ما عملتيش تمارين الاسترخاء لمدة ثلاثة أسابيع وبعدين قابلتي أسبوع صعب. قد إيه هاتكون مهارتك.

المريضة: طبعاً مش هتكون كويسة علشان الممارسة.

المعالج: ممكن بقى تكتبي تمارين الاسترخاء فى الواجب المنزلى الأسبوع ده؟ وأي مشاكل فى ممارستها و ممكن تكتبي ليه لازم نمارسها يومياً حتى لو شاعرين بتحسن.

٣- عدم التنظيم:

وبالنسبة للمرضى الذين لديهم صعوبة دائمة في تنظيم أنفسهم وتذكر عمل الواجب المنزلى فينصح أن يعدوا جدولاً أو نظاماً معيناً. ومن هذه الطرق رصد الواجب المنزلى أو أن يرسم المعالج مخططاً في أثناء الجلسة، ويتم شطب كل نشاط قد أكمل.

وتوجد طريقة أخرى وهي عمل أجندة أو مفكرة، ويسأل المعالج المريضة أن تكتب كل واجب في الصفحة المخصصة (ويمكن أن يكتبها الصفحة الأولى سويًا، وبعد ذلك تكتب المريضة بقية الصفحات في غرفة الاستقبال بعد الجلسة، وبعد ذلك عند إكمال أي واجب يتم الشطب عليه.

وطريقة ثالثة هي أن تتصل المريضة بمكتب المعالج وتترك رسالة عند إكمال أي واجب.

وكل هذه الطرق، وكما في كل الطرق العلاجية، ينبغي أن نشرح للمريضة مع مبرراتها وتكون مقتنعة بها.

الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	
							قراءة النوتة العلاجية
							قائمة الاستحقاقات
							عمل استمارة الأفكار المعطلة
							اسأل سؤالا في الصف

٤- صعوبات في الواجب:

إذا وجد المعالج في الجلسة التالية أن الواجب المنزلى صعب أو غير واضح (مشاكل شائعة مع المعالجين المحدثين)، فعليه ان يراعي أن يقدم التفسيرات

والمبررات اللازمة للمريضة (حتى لا تنتقد المريضة نفسها بقسوة لأنها لم تؤد الواجب المنزلي).

المعالج: إحنا دلوقت اتكلمنا عن المشكلة اللي قابلتك في الواجب، أنا شايف إنسى ماقدرتش أوضح لك الموضوع كفاية (أو يمكن ماكانش مناسب). يا ترى إيه اللي دار في مخك لما ماقدرتتش تعملي (أو ما عملتتشي) الواجب؟

وهنا نرى أن المعالج لديه الفرصة لأن

١. يقدم مثلاً لعمل الخطأ والاعتراف به.

٢. يبني علاقة علاجية.

٣. يوضح للمريضة أنه مهتم بتفصيل العلاج - والواجب المنزلي لها.

٤. يساعد المريضة أن تجد تفسيرات بديلة لعدم نجاحاتها.

المشاكل السيكلوجية:

وإذا كان الواجب المنزلي قد أعد إعدادًا جيدًا، وكان لدى المريضة الفرص المناسبة لإنجازه، فإن الصعوبة ربما تكمن في واحدة من المشاكل السيكلوجية التالية:

التوقعات السلبية:

حينما يكون المرضى في حالة إحباط نفسي، وخصوصاً إذا كانوا مكتئبين، فإنهم يميلون إلى افتراض النتائج السلبية. وللتعرف على الإدراك السلبي الذي يؤثر في عمل الواجب المنزلي، فإن المعالج يجعل المريضة تتذكر لحظات معينة كانت تفكر فيها في عمل الواجب المنزلي ويحاول اكتشاف الأفكار والمشاعر ذات العلاقة.

المعالج: يا ترى كان فيه أوقات الأسبوع ده ، فكرتي إنك تقرأي كتاب عن
الاكتئاب النفسى؟

المريضة: نعم فكرت مرات.

المعالج: احكى لى عن مره من المرات دى.. يا ترى فكرت فيها إمبارح مثلاً؟

المريضة: أيوه أنا كنت ناوية أقرأه بعد العشاء.

المعالج: وبعدين إيه اللي حصل؟

المريضة: مش عارفة، ماقدرتش أعصب نفسي على القراءة.

المعالج: وكنت حاسة بإيه؟

المريضة: مكتئبة، ومحبطة، ومجهدة.

المعالج: وإيه إالى كان بيدور فى مخك ، لما فكرتى تقرى الكتيب؟

المريضة: دا كان صعب ، يمكن ماكنتش حاقدر أركز أو مش هأقدر أفهمه.

المعالج: واضح إنك كنت حاسة إنك مكتئبة جداً. مش غريبة إنك ماكنتيش قادرة

تبتدى. يا ترى تقدرى تقيمى الفكرة دى إزاى (إنك مش قادرة تركزي أو
تفهمي).

المريضة: أفكر ممكن أحاول.

ويمكن للمريضة أن تجرب فى أثناء الجلسة وبعدها نتيجة ناجحة يمكنها
أن تكتب استنتاجاتها: مثلاً "أحياناً تكون أفكارى غير دقيقة، وأنى أستطيع أن أنجز
أكثر مما أظن. فى المرة القادمة حينما أشعر باليأس، أستطيع أن أجرب نفسى
لأختبر أفكارى". (ملاحظة: وإذا كانت التجربة غير ناجحة يمكن للمعالج أن يغير
الواجب المنزلى). وهناك توقعات سلبية أخرى مثل "زميلتي فى السكن لن تذهب
معى إلى هذا الاجتماع" أو "لن أفهم هذه المادة حتى لو طلبت المساعدة" أو "عمل

الواجب سوف يجعلنى أسوأ" كل هذه التوقعات يمكن أن تختبر سلوكيًا بطريقة مباشرة (على الرغم من ذلك ينبغي على المعالج أن يعد المريضة مقدمًا للتعامل مع نتائج غير متوقعة) وهناك أفكار أخرى مثل "لا أستطيع أن أفعل أى شىء بطريقة جيدة" أو "ربما أرسب فى هذه المادة" وهذه أيضًا يمكن أن تقيم عن طريق الأسئلة التقليدية (انظر الفصل الثامن) وتطوير الإستجابات البديلة.

وإذا أظهرت المريضة شعورًا مزدوجًا أو متناقضًا تجاه عمل الواجب، فإنه من المهم للمعالج أن يعترف أنه لن يعرف النتيجة المتوقعة "أنا لست متأكدًا من أن عمل الواجب سيساعد. ما الذي سوف تخسرينه إذا لم يعمل وما الذي سوف تكسبينه على المدى الطويل إذا أتى بنتيجة مرجوة؟" وما العيوب الناتجة عن عمل هذا الواجب؟ وإذا وجدت المريضة صعوبة فى التعرف على أفكارها حيال الواجب المنزلى أو إذا لم تستطع التعبير عنها بشجاعة للمعالج، فإن عليها أن تملأ نموذجًا قد صمم لتحديد مشاكل الواجب المنزلى (انظر الملحق D).

وأخيرًا، فإن المريضة يمكن أن تستفيد بالعمل على مستوى الاعتقاد، فالواجب المنزلى يمكن أن ينشط اعتقادات مثل:

- أنا غير كفاء / وحيدة / ضعيفة.
- عمل الواجب المنزلى فى العلاج معناه أنني أعاني من نقص ما.
- ليس على أن أفعل كل هذا الجهد حتى أشعر بتحسن.
- معالجي يحاول أن يتحكم فيّ.
- إذا فكرت فى مشاكلي فإنني سوف أشعر بأننى أسوأ حالاً.

ومثل هذه الاعتقادات يمكن التعرف عليها وتعديلها من خلال الطرق التي نوقشت فى الفصل العاشر والحادى عشر.

المبالغة فى متطلبات الواجب المنزلى:

وبعض المرضى يببالغون فى تقدير الصعوبة المتعلقة بالواجب المنزلى أو لا يدركون أن الالتزامات العلاجية سوف تكون محددة بزمن.

المعالج: إيه اللى ممكن تقابليه وإنتي بتعملى استمارة الأفكار السلبية الأسبوع ده؟
المریضة: خايفة مالاقيش وقت.

المعالج: تفنكرى هياخذ وقت أد إيه كل مرة؟

المریضة: مش كتير قوي يمكن عشر دقائق بس مشغولة جدًا وعندى مليون حاجة عايزة أعملها.

وهنا يحل المعالج والمریضة المشكلة بطريقة مباشرة محاولين أن يجدا بعض الوقت لحل الواجب أو يمكن للمعالج أن يقترح على المریضة وسيلة أخرى مركزًا على أن عدم الاهتمام بالواجب هى مرحلة مؤقتة.

المعالج: فعلاً، حقيقى إنتي مشغولة جدًا الأيام دى، إيه اللى حاتعمليه لو اضطررت إنك تعملى حاجة لإنقاذ حياتك (أو طفلك أو حد يهملك) إيه اللى ممكن يحصل مثلاً لو كنت محتاجة نقل دم كل يوم؟

المریضة: طبعًا حلاقى وقت.

المعالج: طبعًا هو مش خطر على حياتك إنك ماتعمليش الواجب ولكن المبدأ واحد. فى دقيقة كدة ممكن نشوف إيه الوقت اللى ممكن ناخدة من نشاط تانى. وبعدين إنتى لازم تعرفى إن ده مش حايبقى طول حياتك ده بس طول فترة العلاج.

وبالنسبة للمریضة التي تبالغ فى تقدير المجهود الذي يتطلبه الواجب فيمكن أن تستفيد من أسئلة مماثلة. وفى المثال التالى لدى المریضة فكرة سلبية (ومشوهة) عن إكمال الواجب المنزلى.

المعالج: إيه اللي ممكن يعطل خروجك للتسوق كل يوم الأسبوع ده؟
المریضة: (تتنهد) مش عارفة لو كان عندي الطاقة الكافية علشان أقدر أروح كل
يوم

المعالج: إيه اللي إنتی متخيلاه؟

المریضة: شایفة إنی بأجرجر نفسي من محل إلى محل؟

المعالج: إنتی عارفة إن إحنا اتكلمنا عن خروجك كل يوم عشر دقائق بس. یاتری
كم محل حاتقدری تدخليه فی العشر دقائق دول؟ یاتری الواجب حیكون
أصعب من اللي خططنا له؟

وفی موقف آخر استطاعت المریضة أن تتذكر الواجب بدقة، ولكنها مرة
أخرى بالغت فی حجم المجهود الذي یطلبه أدائه. ولقد ساعدها المعالج فی البداية
على تحديد المشكلة بعمل صورته مختصرة من التسمیع الغیبی.

المریضة: أنا مش متأكدة إنی أقدر آخذ ماكس للحديقة العامة لمدة ٥ دقيقة.

المعالج: هل المشكلة هی قدرتك على الخروج برة البيت؟ وألا الخروج للحديقة،
أو اللي حتعملیه فی الحديقة؟

المریضة: الخروج من البيت. لازم آخذ حاجات كثيرة مرة واحدة: البامبرز،
الترولی، الرضاعة، البلطو، الجزمة - (وقد حل المعالج والمریضة هذه
المشكلة، وأحد هذه الحلول هو تجميع كل الضروریات باكرًا فی الصباح
عندما تكون أكثر نشاطًا وأقل ارتباكًا).

وفی موقف ثالث أعد الواجب ببساطة على سبیل التجربة:

المریضة: أنا مش متأكدة إن حیكون عندي الطاقة إنی أعمل كل المكالمات
التلیفونیة دی.

المعالج: لأن النهارده ماعندناش وقت كفاية، إيه رأيك تعملى الواجب ده على سبيل التجربة؟ خيلنا نكتب توقعاتك، والمرة الجاية، تقولى لى قد ايه كانت دقيقة. كويس كدة؟

السعى إلى الكمال:

كثير من المرضى يستفيدون من التذكرة البسيطة من أن ليس عليهم أن يحققوا الكمال التام فى أداء الواجب المنزلى.

المعالج: سالى تعلم الاعتراد بالذات يتطلب مهارة، بالضبط ذي تعليم الكمبيوتر. وحتشعري بتحسن مع الممارسة والتمرين. علشان كدة لو واجهت أى صعوبات الأسبوع ده . ما تنزعجيش. وحنشوف مع بعض إزاي نعملها أحسن المرة الجاية.

وبعض المرضى الذين لديهم افتراضات قوية لضرورة أن يكونوا كاملين يمكنهم الاستفادة من الواجبات التي تشتمل على أخطاء:

المعالج: واضح زى ما تكونى من حبك للكمال التام أنك بتواجهى صعوبات فى عمل الواجب العلاجي.

المريضة: نعم.. بالضبط.

المعالج: إيه رأيك الأسبوع ده نعمل استمارة الأفكار السلبية واللى هي غير كاملة عن قصد؟ تقدرى عملها بخط وحش، ما عملهاش كويس ، أو ما تحاوليش تصحى الأخطاء الإملائية، أو تحطى ١٠ دقائق لإتمام الواجب أو حاجة ذى كدة.

المعوقات السيكلوجية التي تظهر فى صورة مشاكل عملية:

يعتقد بعض المرضى أن المشاكل العملية مثل ضيق الوقت والجهد أو عدم

وجود الفرص المناسبة يمكن أن تعطلهم عن أداء الواجب. وإذا اعتقد المعالج أن الأفكار أو المعتقدات يمكن أن تتدخل، فإنه يمكنه دراسة إمكانية ذلك قبل مناقشة المشاكل العملية.

المعالج: كويس، يعنى إنتى مش متأكدة أنك مش قادره تعملى الواجب ده (بسبب مشاكل عملية). خلىنا نتظاهر للحظة أن المشكلة دي اختفت بطريقة سحرية. قد إيه دلوقت تقدرى تعملى الواجب؟ هل فيه حاجة تانية حتعطلك؟ أى أفكار حاتيجى فى السكة.

مشاكل ذات علاقة بتفكير المعالج:

وأخيراً فإن على المعالج أن يلاحظ دائماً إذا كانت إحدى أفكاره أو معتقداته يمكن أن تعطله عن تشجيع مرضاه بثقة وموضوعية لأداء الواجب المنزلى. وتشمل الافتراضات السلبية للمعالج على ما يلى:

- سوف أؤذى مشاعرها إذا وضحت لها لماذا لم تؤد الواجب المنزلى.
- سوف تغضب إذا واجهتها سوف تشعر بالإهانة إذا طالبتها بمحاولة رصد الواجب.
- إنها فى الحقيقة لا تحتاج لواجب منزلى لكى تتحسن.
- إنها تعاني من ضغوط كثيرة وانشغالات أخرى.
- إن شخصيتها تتسم بالعدوان السلبي، ولذلك لن تؤدى الواجب.
- إنها هشة جداً ولا تستطيع التعرض لمواقف مقلقة.

وينبغى على المعالج أن يسأل نفسه عما يدور فى ذهنه عندما يفكر فى إعداد الواجب أو حينما يحاول اكتشاف عدم التزام المريضة بالواجب؛ فيمكنه أن يلجأ إلى استمارة الأفكار السلبية أو اللجوء للمشرف أو أحد الزملاء لمناقشة الأمر.

وعليه أن يذكر نفسه أنه لا يؤدي خدمة للمريضة إذا أعفاها من أداء الالتزامات العلاجية (الواجب المنزلي) ولم يبذل جهدًا مضاعفًا لحملها على الالتزام.

مراجعة الواجب المنزلي:

إنه لمن المهم من البداية أن يتفهم المرضى أن الواجب المنزلي هو جزء مهم من العلاج. وعلى المعالج - تبعًا لذلك - أن يراعى مراجعة الواجب الذي قرره في الجلسة السابقة، حتى ولو كانت المريضة تعاني من مشكلة طارئة وتريد مناقشة موضوعات أخرى لا علاقة لها بالواجب؛ فذلك لن يتطلب أكثر من دقائق معدودة لمناقشته أو الموافقة على مناقشته في الجلسة القادمة.

وفي بعض الأحيان يكون الواجب المنزلي مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا بينود الأجنحة العلاجية أو تكون أهداف المعالج في أغلب الجلسات متضمنة بينود الواجب المنزلي. ومراجعة الواجب المنزلي غالبًا ما يتطلب من ٥ إلى ١٠ دقائق. ومراجعة الواجب المنزلي غالبًا ما يفيد في إعداد الواجب الجديد للأسبوع المقبل للاستمرار في مهمة ما على سبيل المثال أو التكليف بمهام أخرى.

والخلاصة: أن على المعالج والمريضة أن يعتبروا الواجب المنزلي جزءًا أساسيًا من العملية العلاجية. وإن الواجبات التي تعد جيدًا وتتجز جيدًا سوف تؤدي إلى سرعة التحسن، وتساعد المريضة على استخدام ما تعلمته من أساليب بعد انتهاء العلاج.

الفصل الخامس عشر

إنهاء العلاج ومنع الانتكاسة

إن هدف العلاج المعرفى هو المساعدة على شفاء المرضى وتدريبهم على أن يكونوا معالجين لأنفسهم. وليس على المعالج أن يحل كل المشاكل. وفى الواقع أن المعالج الذى يرى أنه مسئول عن كل مشاكل مرضاه إنما يساعدهم على الاعتمادية ويحرمهم من فرصة اختبار مهاراتهم المكتسبة. وجلسات العلاج غالبًا ما تكون أسبوعية فى البداية. وفى الظروف العادية وحينما تشعر المريضة بتحسن فى الأعراض واكتساب المهارات الأساسية من طرق العلاج المعرفى يبدأ فى تخفيض معدل الجلسات تدريجيًا إلى مرة كل أسبوعين ثم كل ثلاثة أسابيع ثم كل أربعة. وكذلك يشجع المرضى على الحضور إلى جلسات تدعيمية كل ٣ أو ٦ أو ١٢ شهرًا بعد نهاية العلاج. وسوف يتناول هذا الفصل الخطوط العريضة لإعداد المريضة لإنهاء العلاج والاستعداد لاحتمال حدوث انتكاسة منذ بداية العلاج وحتى الجلسة الختامية التدعيمية .

أنشطة الجلسة الأولى:

يبدأ المعالج فى إعداد المريضة لإنهاء العلاج ومنع انتكاسة منذ الجلسة الأولى. وإنه لمن المهم التعرف على توقعات المريضة لحالتها ومدى التحسن الذى تتوقعة. والزمن الذى تتوقعه لذلك، وإن كانت تعتقد أنها سوف تستمر فى التحسن كل أسبوع بنفس الوتيرة وبدون انتكاسة أو كبوات. وإنه لمن المفيد للمرضى أن يشاهدوا رسمًا بيانيًا لمنحنى يوضح مسار العلاج وفيه فترات من التحسن تتخللها انتكاسة أو تراجع أو فترات من التوقف. (انظر الشكل ١٥-١). وإذا أعد المعالج المريضة لهذا التفاوت والتغير فى مسار العلاج وتوقع انتكاسة منذ البداية فإنها لن تهول من شأنها عند حدوثها إذا حدثت. ويركز المعالج كذلك على أن حياة المريضة بعد انتهاء

العلاج لن تخلو من الصعوبات وربما انتكاسة، ولكنها سوف تكون مؤهلة للتعامل معها بنفسها بطريقة أفضل.

المعالج: فيه مرضى كثير بيتوقعوا تحسن مستمر كل أسبوع، يا ترى إنتى برضه بتفكرى كدة؟

المریضة: بصراحة مش عارفة.

المعالج: كويس، أنا هاوريكى منحى كده علشان بيبن لك شكل التحسن المتوقع دايمًا فى الحالة بتاعتك دى علشان ما تخافيش لو حصل تراجع فى التحسن أو حتى انتكاسة.

المریضة: ماشى.

المعالج: دلوقت كل مريض مختلف عن غيره، لكن قليل منهم اللي بيتحسنوا بصورة منتظمة كل أسبوع. أغلب المرضى عندهم صعود وهبوط، يشعروا بتحسن خفيف وتحسن خفيف وبعدين توقف أو حتى تراجع. وبعدين يشعروا ثانى بتحسن خفيف وتحسن خفيف ثانى وتوقف ثانى أو تراجع وهكذا. يعنى طبيعى إنه يكون فيه صعود وهبوط فى حالتك. عرفت ليه كان لازم أنيهك من البداية لحاجة دى؟. علشان تفتكرى الكلام ده فى المستقبل.

المریضة: آه. علشان مانزعجش لو حصل أى تراجع أو انتكاسه فى المستقبل.

المعالج: بالضبط ممكن ترجعى بالذاكرة للجلسة دى وتفتكرى النقاش ده. وفى الحقيقة إنتى ممكن ترجعى للرسم البيانى اللي هارسمه لك. وده هيديكى فكره سريعة عن اللي ممكن يحصل فى مسار العلاج. إنتى ملاحظة أن فترات التراجع بتقل كل ماتقدمنا فى العلاج؟ وكمان الأعراض بتكون أخف بكثير.

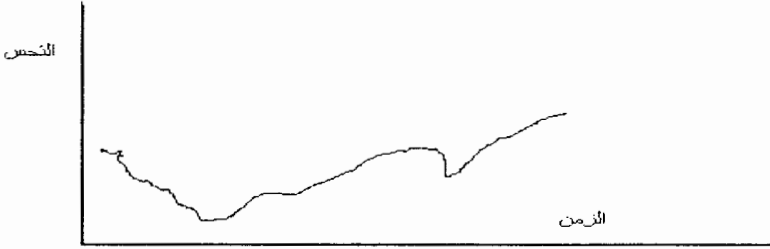
المریضة: مفهوم.

المعالج: يا ترى ملاحظة لو إنتى شفتى نفسك فى قعر المنحنى (فترات التراجع)
غير لما تشوفى الصورة كلها على بعضها؟

المريضة: نعم

المعالج: والصعود والهبوط ده ممكن يستمر حتى بعد الشفاء. طبعًا حايبقى عندك
الوسائل والمهارات بحيث تتغلبى عليها، أو يمكن تحتاجى تيجى جلسة أو
جلستين، على العموم ده حناقشة بعدين.

المريضة: ماشى.



الشكل ١٥ - ١ التقدم في العلاج. هذا الشكل إذا رسم بمهارة فإنه يمكن أن يشبه الحدود الجنوبية للولايات المتحدة الأمريكية. والتراجعات يمكن أن تمثل بتكساس وفلوريدا. وبينما يسخر من بعض المعالجين والمرضى بروح الفكاهة، فإنه يساعد المرضى على تقبل الانتكاسات كشيء طبيعي في مسيرة العلاج.

الأنشطة المختلفة خلال فترة العلاج

إرجاع التحسن للمريضة:

ينبغي على المعالج أن يكون منتهبًا لتشجيع المريضة عند التحسن؛ فحينما يتحسن مزاج المريضة يرجع المعالج ذلك لفضل المريضة، ويدعم هذه الفكرة كلما أمكن بأن المريضة قد استطاعت أن تغير كثيرًا من أفكارها ومعتقداتها وسلوكها بسبب مجهوداتها.

المعالج: واضح إن درجة الاكتئاب خفت شوية الأسبوع ده، ياترى إيه السبب فى رأيك؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: يا ترى عملتى حاجة مختلفة الأسبوع ده؟ ياترى عملتى الأنشطة اللي اتفقنا عليها؟ أو استجبت لأفكارك السلبية بطريقة إيجابية؟

المريضة: أنا فعلاً مارست الرياضة يوميًا فى الأسبوع ده، وخرجت مرتين مع أصحابى. وانتقدت نفسى تقريبا مرتين الأسبوع ده، وعملت استمارة الأفكار السلبية.

المعالج: واضح إنك شعرت بالتحسن الأسبوع ده علشان عملتى الحاجات دى كلها وألا إيه؟

المريضة: أفكر كده.

المعالج: كويس، يعنى إيه اللي تقدرى تقولىه فى إنك اتقدمتى كويس فى العلاج؟
المريضة: لما أعمل حاجات تسعد أتحسن أسرع.

ويعتقد بعض المرضى أن الفضل فى أى تحسن فى حالتهم إنما يرجع إلى المعالج، ولكن إفهام المريضة أن هذا التحسن إنما يرجع إليها يعزز من ثقتها بنفسها ومنع انتكاسة بعد انتهاء العلاج.

المعالج: تفكرى ليه حاسة بتحسن الأسبوع ده؟

المريضة: علشان إنت ساعدتني الجلسة اللي فاتت.

المعالج: كويس، أنا ممكن أكون علمتك بعض الحاجات، لكن مين اللي فعلاً غير أفكارك وتصرفاتك الأسبوع ده؟

المريضة: أنا.

المعالج: قد إيه بتعتدى إن اللي يستحق المدح فعلاً هو إنتى؟

وفضلاً عن ذلك، فإن المريضة يمكن أن تعزو هذا التحسن للظروف (مثلاً: شعرت بتحسن لأن صديقي اتصل بي) أو للأدوية. ويوافق المعالج على هذه الأسباب إلا أنه يسأل عن التغييرات في أفكار المريضة وسلوكها، والذي يمكن أن تكون قد ساعدت في التحسن إلى حد كبير. وإذا أصرت المريضة أنها لا تستحق أى مديح، يقرر المعالج أن يصبر قليلاً على هذه الفكرة ومعتقدات المريضة (تفتكرى ليه أنا باحاول أمتدحك وأرجع فضل التحسن ليكى؟).

التدريب واستخدام الطرق والوسائل التي تم تعلمها خلال العلاج:

عند تعليم المريضة الوسائل والتقنيات العلاجية المختلفة يركز المعالج على أن هذه التقنيات ينبغي أن تتعلم لاستخدامها مدى الحياة وبعد انتهاء فترة العلاج في المواقف المختلفة، وأن هذه التقنيات ليست صالحة فقط للاكتئاب، وإنما عندما تشعر المريضة أنها تعاني من اضطراب من أى نوع. وتشمل هذه الطرق والتقنيات المختلفة ما يلي:

١. تكوين استجابات بديلة للمشاكل.
٢. التعرف على، وتقييم، والاستجابة للأفكار والمعتقدات التلقائية.
٣. استخدام استمارة الأفكار التلقائية.
٤. رصد الأنشطة وجدولتها.
٥. تفتيت المشاكل الكبيرة إلى مكونات صغيرة يمكن التعامل معها.
٦. ممارسة تمارين الاسترخاء.
٧. ممارسة تكتيك الإلهاء وإعادة التركيز.

٨. ابتكار وممارسة طريقة شخصية خلال الهرم التصاعدي للمهام الصعبة.

٩. كتابة شعارات إيجابية عن النفس.

١٠. التعرف على المميزات والعيوب للأفكار الخاصة والمعتقدات والسلوكيات والاختيارات قبل اتخاذ قرار ما.

ويساعد المعالج المريضة بطريقة مباشرة فى كيفية استخدام هذه الطرق والتكنيكات فى المواقف المختلفة فى أثناء وبعد فترة العلاج.

المعالج: كويس.. زى ما يكون التعرف على أفكارك الاكتنائية وفحصها والاستجابة لها قللت من حزنك؟

المريضة: فعلا جابت نتيجة، أنا مستغربة فعلا.

المعالج: تعرفى إنك ممكن تستخدمى الطرق دى فى وقت لما تشعرى إنك منفعله زيادة، أو تحسى إنك غضبانه أكثر من اللازم أو قلقانه أو حزينة أو مكسوفة بطريقة لا تتناسب مع الموقف؟

المريضة: أنا الحقيقة ما فكرتش فى كده.

المعالج: دلوقت أنا مش بأقول إنك لازم تتخلصى من كل مشاعرك السلبية، لكن لما تكونى منفعله أكثر من اللازم تقدرى تفكرى فى مواقف ثانية واجهتها الأسابيع اللى فاتت، ممكن تستخدمى فيها سجل الأفكار السلبية؟

المريضة: (تسكت) ما فيش حاجة الحقيقة قادرة أفكرها.

المعالج: طيب فيه حاجة ممكن تيجى الأسابيع الجاية ممكن تستخدمى فيها سجل الأفكار السلبية؟

المریضة: (تسكت لحظة) أنا أفكر إنى حاكون غضبانه جدًا من أخویا لو قرر الصيف ده إنه يفضل فى المدرسة وما يجيش على البيت.

المعالج: إيه رأيك تستخدمى سجل الأفكار السلبية فى الموقف ده؟ يعنى تكتبى وتستجيبى لأفكارك؟

المریضة: يكون كويس.

الإعداد للانتكاسة خلال العلاج:

بمجرد أن تشعر المریضة بالتحسن يبدأ المعالج فى إعدادها لاحتمال التراجع بسؤالها عما يمكن أن يدور فى ذهنها إذا شعرت أن حالتها بدأت تسوء مجددًا. والاستجابات الشائعة فى مثل هذه الحالات تشمل: "لا يجب أن أشعر بذلك" "هذا يعنى أننى لم أتحسن" "حالتى ميئوس منها" "لن أتحسن مطلقًا" "سوف يشعر معالجى بالإحباط" "إن معالجى لا يعالجنى بالطريقة الصحيحة" "إن العلاج المعرفى لا يناسب حالتى" "أنا خلقت لأكون مكتنبة إلى الأبد" "إنه كان وهماً حينما شعرت بالتحسن فى بداية العلاج". كذلك يمكن للمریضة أن تتخيل صورة معينة مثل أن ترى نفسها خائفة وحدها، حزينة، قابعة فى ركن من أركان الفراش. ويساعد المعالج المریضة على الاستجابة لهذه الأفكار والأخيلة وكتابة بطاقات التكيف. كما يمكنه تذكيرها بمنحنى التقدم فى العلاج أو مراجعته معها.

المعالج: سالى، إنتى متحسنة كثير، وحالتك المزاجية مرتفعة.

المریضة: أنا حاسة بتحسن فعلاً.

المعالج: لأنه من الممكن أن يحصل تراجع فى حالتك وأنا عاوز أناقش الحكاية دى معاكى مقدماً، علشان تعرفى تتصرفى لو حصل أى شىء.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنا عايزك كده تتخيلى إن مر عليكى أسبوع ما فيهوش حاجة كويسة خالص وكل حاجة رجعت زى الأول. ورجع الاكتئاب ثانى ، تقدرى تتخيلى الحكاية دى؟

المريضة: آه . زى حالتى قبل العلاج.

المعالج: بالضبط، تقدرى تقولى لى إيه إالى بيدور فى مخك دلوقت؟

المريضة: (تسكت قليلا) ده مش عدل، أنا كنت ماشية كويس، الظاهر العلاج ده مش نافع.

المعالج: كويس دلوقت إزاي تقدرى تجاوبى على الأفكار دى؟

المريضة: مش عارفة بالضبط.

المعالج: إنتى عندك خيارات. تقدرى تستمرى فى الأفكار الكئيبة دى، تتوقعى إيه اللى ها يحصل لو استمرىتى؟

المريضة: ممكن أشعر بتدهور أكثر.

المعالج: أو ممكن تقولى لنفسك ده مجرد تراجع مؤقت. تفكرى حاتحسى بإيه؟

المريضة: أفكر حاشعر بتحسن أو على الأقل ما تزيدش الحالة.

المعالج: دلوقت لما فكرت نفسك بإن الحالة دى مؤقتة، إيه اللى تعلمتية فى الأسابيع الأخيرة إالى ممكن يساعدك دلوقت؟

المريضة: ممكن أعمل سجل الأفكار السلبية، أو أحاول ما فكرش فى الحكاية دى بالتركيز على الحاجة إالى بأعملها.

المعالج: أو الاثنين مع بعض.

المريضة: أو الاثنين مع بعض.

المعالج: هل فيه سبب يخلى الطرق إالى نفعت معاكى فى الأول ما تنفعلش دلوقت؟
المريضة: لأ مفيش.

المعالج: يعنى تقدرى تقيمى أفكارك التلقائية وتستجيبى لها بطريقة إيجابية، ويا ريت يكون باستعمال سجل الأفكار السلبية وتبدأى تركزى فى حاجة تانية. يا ترى الكلام يستاهل نكتبه علشان يكون عندك خطة فى حالة حدوث أى انتكاسة أو تراجع؟

أنشطة قرب إنهاء العلاج:

الاستجابة للقلق الناجم عن التخفيض التدريجى للجلسات:

قبل نهاية العلاج بعدة أسابيع يناقش المعالج مع المريضة-على سبيل التجربة- تخفيض الجلسات إلى مرة كل أسبوعين بدلاً من مرة أسبوعياً. وعلى الرغم من أن مرضى كثيرين يقبلون ذلك بسهولة، فإن مرضى آخرين يشعرون بالقلق. وإنه لمن المفيد لهؤلاء المرضى أن تعدد لهم بطريقة شفوية أو مكتوبة مزايا تخفيض عدد الجلسات. وإذا لم تقتنع المريضة بذلك يستطيع المعالج أن يستخدم الأسئلة السقراطية ليساعدها على رؤية ذلك بوضوح وما هى أسباب قلقها. وكذلك يمكن مناقشة العيوب حتى تتاح للمعالج فرصة أن يوضح للمريضة معقولية هذه

العيوب ووضعها فى الإطار الصحيح. (انظر الشكل ١٥-٢). والحوار التالى يبين كيف يمكن أن تتم هذه المناقشة.

المعالج: فى جلستنا اللى فاتت إحنا اتكلمنا بسرعة كدة عن تجربة إن إحنا نخفض عدد الجلسات بالتدريج. يا ترى فكرت إنك تيجى كل أسبوعين على سبيل التجربة؟

المريضة: فكرت، لكن حسيت شوية بقلق.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك؟

المريضة: لو حصل حاجة وأنا ماعرفتش أتصرف، أو لو حسيت بالاكتئاب ثانى حاسم إيه. أنا ما أقدرش أتحمّل.

المعالج: ويا ترى حاولت تقيّمى الفكرة دى؟

المريضة: أيوه. أنا حسيت إنى ببالغ شوية لأن دى مش النهاية الأخيرة للعلاج. وإنى قلت لى إنى ممكن أتصل ببيك لو احتجت لك؟

المعالج: دا صحيح، يا ترى اتخيلت موقف ممكن يحصل ويكون صعب؟

المريضة: لا فى الحقيقة.

المعالج: اتبألى هيكون مفيد لو اتخيلتى موقف دلوقت.

المعالج: ماشى (تتخيل المريضة إنها حصلت على درجات متدنية فى الامتحان وتتعرف على أفكارها التلقائية وتتعامل مع هذه الأفكار وتضع خطة للتعامل مع هذه الظروف).

المعالج: دلوقت تقدرى تقولى لى إيه الفكرة التلقائية الثانية اللى عندك عن تخفيف الجلسات اللى هى "إنك حاتتعبى أكثر، ومش هاتقدرى تحتملى ده لوحدك".

المريضة: ممكن ميكونش الكلام ده صحيح، إنت خليتني أعرف إنى ممكن أتحمل التعب لوحدى ، بس أنا مش عاوزة أتعب ثانى.

المعالج: خيلنا نفترض إن الحالة ساءت وقدامك أسبوع ونص على ميعاد الجلسة. إيه اللى ممن تعمليه.

المريضة: ممكن أعمل اللى عملته من شهر. لما رجع لى الاكتئاب ثانى. راجعت مذكرات العلاج ثانى، وأكدت لنفسى إنى حافظل نشيطة، واشتغلت أكثر فى سجل الأفكار التلقائية. ولقيت فى المذكرات العلاجية لسته ببعض الحاجات اللى ممكن أعملها.

المعالج: ياترى لو لقيتى اللسته دى ثانى ممكن تساعدك؟

المريضة: أفنكر كده، أى حاجة عملتها وساعدتني ممكن أعملها ثانى.

المعالج: إيه رأيك لو يكون الواجب إنك تحاولي تلاقى اللسته دى وتشتغلي فى سجل الأفكار السلبية على الفكرتين دول "ممكن حاجة تحصل وماقدرش أتحملها لوحدى" و"مش ممكن أحتمل حالة الاكتئاب ثانى".

المريضة: ماشى.

المعالج: فيه حاجة ثانية بخصوص تباعد مواعيد الجلسات؟

المريضة: بس هافتقدك، وهافتقد الكلام معاك كل أسبوع.

المعالج: وأنا كمان، يا ترى فيه حد تانى ممكن تتكلمي معاه حتى ولو شوية؟

المريضة: ممكن أقول لزميلتي فى السكن بعض الحاجات. وأفنكر ممكن أتصل بأخويا.

المعالج: دى فكرة كويسة. مش عاوزه تكتبى الكلام ده كمان علشان تعمليه.

المريضة: ماشى.

المعالج: وأخيراً إنتى فاكرة إن إحنا قلنا إن هانجرب نخلى الجلسات كل أسبوعين؟
وإذا الحكاية مانفعتش نقدر نرجع تانى للجلسات الأسبوعية.

مراجعة ما تم تعلمه فى العلاج:

يشجع المعالج المريضة على قراءة مفكرتها العلاجية ومحاولة تنظيم محتوياتها حتى تتمكن من الرجوع إليها بسهولة فى المستقبل وكواجب منزلى يمكنها أن تكتب نبذات عن النقاط المهمة والمهارات التى تعلمتها فى الجلسات ومراجعتها بصفة دورية.

جلسات العلاج الذاتى:

على الرغم من أن مرضى كثيرين لا يتبعون العلاج الذاتى بطريقة منتظمة فإنه من المفيد ان تناقش خطة لهذا النوع من العلاج (انظر الشكل ١٥-٣)، وأن نشجع المرضى على استخدامه. ويمكن للمريضة أن تحاول ممارسة جلسات العلاج الذاتى فى أثناء التخفيف التدريجى للجلسات العلاجية، وبهذه الطريقة يمكن لها أن تستشير المعالج فى أى مسألة متعلقة بهذا الممارسة (مثل عدم كفاية الوقت أو عدم الفهم الصحيح لما ينبغى عمله). وكذلك استشارته بشأن الأفكار الدخيلة أو المعطلة (هذا كثير- أنا لست بحاجة إلى عمل ذلك - لا أستطيع القيام بكل ذلك وحدى) وبالإضافة إلى ذلك، فإن المعالج يذكر المريضة بأهمية العلاج الذاتى ومزاياه فتستطيع أن تمارسه على حسب ظروفها وبدون تكلفة. علاوة على ذلك يمكنها الاحتفاظ بالمهارات التى تعلمتها، وتكون جاهزة للاستخدام فى الظروف المناسبة. فيمكنها أن تتعامل مع الصعوبات قبل أن تستفحل وتقلل من إمكانية الانتكاسة وكذلك

يمكنها استخدام مهاراتها الجديدة فى إثراء حياتها من جوانب متعددة. والشكل (١٥-٣) يوضح خطة جاهزة للعلاج الذاتى يمكن للمعالج أن يراجعها مع المريضة ويعدلها لتتلاءم مع احتياجاتها وكثير من المرضى يستفيدون من نظام تذكر "فى البداية تقدرى تعملى الجلسات الذاتية مرة فى الأسبوع وبعدين مرة كل أسبوعين وبعدين مرة فى الشهر وبعد كدة مرة كل ثلاثة شهور وبعدين مرة فى السنة. يا ترى تقدرى تفكرى نفسك بالجلسات دى بصفة دورية؟".

مميزات تخفيف الجلسات:

- ١- سيكون لدى فرصة لتقوية الوسائل التى تعلمتها.
- ٢- سوف أكون أقل اعتماداً على معالجى.
- ٣- يمكن استعمال مصاريف العلاج فى أمور أخرى.
- ٤- يمكن أن أقضى وقتاً أطول فى عمل أشياء أخرى.

عيوب تخفيف الجلسات

١- يمكن أن أنتكس

إعادة الصياغة

إذا انتكست فذلك أفضل بينما أنا

مازلت في مرحلة العلاج فأستطيع التصرف

تخفيف العلاج يمنحني الفرصة لاختبار
الفكرة

التي أريد اختبارها مع معالجي). وعلى
المدى

البعيد فإنه من الأفضل لي أن أتعلم حل

المشاكل بنفسى لأننى لن أكون تحت العلاج
إلى الأبد.

ربما هذا صحيح لكننى سوف أكون قادرة

على التحمل، وسوف يشجعنى ذلك على

تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية .

٢- ربما لا أستطيع حل المشاكل بنفسى

٣- سوف أفتقد معالجي

الشكل ١٥-٢ مميزات وعيوب تخفيف الجلسات التدريجى لسالي

الاستعداد لاحتمالات التراجع بعد انتهاء العلاج:

وكما ذكر سابقًا، فإن على المعالج أن يهيئ المريضة لاحتمالات التراجع في حالتها منذ بداية العلاج. وقرب انتهاء العلاج يشجع المعالج المريضة أن تعد بطاقات للتكيف تحدد فيها ما ينبغي عليها عمله إذا حدث تراجع في حالتها بعد انتهاء العلاج. ويمكنها مناقشة هذه البطاقات في أثناء العلاج، ويمكن كذلك للمريضة أن تكتب البطاقة في أثناء الجلسة ذاتها أو كواجب منزلي (انظر الشكل ١٥-٣ لبطاقة نموذجية).

نموذج إرشادي لجلسات العلاج الذاتي

أعد الأجنحة

ما المسائل المهمة والمواقف التي على التفكير فيها؟

٢- مراجعة الواجب المنزلي:

ماذا تعلمت؟

إذا لم أكن قد أعددت الواجب، فماذا عطلني عن ذلك (مشاكل عملية- أفكار

تلقائية؟)

ماذا على أن أفعل حتى يسهل على عمله هذه المرة؟

ماذا على الاستمرار في عمله للواجب المنزلي؟

٣- مراجعة للأسابيع السابقة:

بخلاف الواجب المنزلي المحدد، هل استعملت أى أداة من أدوات العلاج

المعرفي؟

بالنظر إلى الوراء هل كان من المفيد لو استخدمت وسائل العلاج المعرفى

أكثر من ذلك؟

كيف يمكن أن أتذكر استخدام وسائل العلاج المعرفى فى المرات القادمة؟
ما الأشياء الإيجابية التى حدثت هذا الأسبوع ، وما الذى أستحق عليه مكافأة
هذا الأسبوع؟

- هل حدثت مشاكل؟ وماذا فعلت أنا حيالها؟ وإذا حدثت نفس المشكلة مرة
أخرى، فكيف سأتعامل معها؟

٤- فكّر فى المواقف والمشاكل الحالية:

هل أتعامل مع هذه المشاكل بطريقة واقعية؟ أم أنا أبالغ بعض الشىء؟

- هل هناك طريقة أخرى للنظر فى هذه المشاكل؟

- ماذا على أن أفعل؟

٥- توقع المشاكل المحتملة من الآن وحتى موعد الجلسة القادمة:

- ما المشاكل الممكن حدوثها فى الأيام القليلة القادمة؟

- وماذا على أن أفعل إذا حدثت المشكنة؟

- هل من المفيد أن أتخيل نفسى متكيفًا مع المشكنة؟

- ما الأحداث الإيجابية التى على أن أنتظر حدوثها؟

٦- أعدّ واجبًا منزليًا جديدًا:

ما الواجب المفيد الذى على أن ألتزم به؟

- عمل سجل الأفكار المعطلة؟
- مراقبة نشاطاتى.
- جدولة الأنشطة السارة أو التى أستطيع السيطرة عليها.
- العمل مع الهرم التصاعدى للنشاط.
- قراءه المذكرات العلاجية.
- ممارسة المهارات التى تعلمتها مثل الاسترخاء أو التخيل.
- عمل شعارات إيجابية لتدعيم الذات.
- ما السلوكيات التى على أن أغيرها؟

٧- موعد الجلسة العلاجية القادمة:

- ما الموعد المناسب للجلسة القادمة؟ وما الوقت الذى ينبغى أن يمر من الآن وحتى موعد هذه الجلسة ؟
- هل على أن أطلب مواعيد منتظمة لجلسات قادمة ، كل أسبوع ، شهر ، ثلاثة أشهر؟

الشكل (١٥-٣) نموذج إرشادى لجلسات العلاج الذاتى

ما الذى يمكن أن أفعله فى حالات التراجع أو الانتكاسة؟

١- عندى خيارات. إما أن أهول من شأن الانتكاسة، وأجعل نفسى متضايقه، وأفكر بأنه لا أمل ومن المحتمل أن تسوء الحالة، أو يمكننى الرجوع إلى مذكراتى العلاجية، أذكر نفسى أن الانتكاسة هى جزء طبيعى من عملية الشفاء، وأرى ما

يمكن أن أتعلمه من هذه الانتكاسة . إن ذلك يمكن أن يجعلنى أشعر بالتحسن أو أن الانتكاسة أقل حدة

٢- ثانيًا على أن أعقد جلسة للعلاج الذاتى وأحاول التغلب على متاعبى الحالية.
٣- يمكننى الاتصال بمعالجى، وأن أخبره بما فعلته وحدى، وأن أناقش معه إمكانية الرجوع للجلسات العلاجية إذا كان ذلك فى مصلحتى.

الشكل ١٥ - ٤ بطاقة سالى التكيفية عن الانتكاسات

الجلسات التعزيزية:

يتفق المعالج مع المريضة على الإعداد لجلسات تعزيزية بعد انتهاء العلاج، وذلك لعدة أسباب؛ فإذا حدثت أية مشكلة أو واجهت المريضة أية صعوبات تستطيع أن تناقش مع المعالج كيف تتناولها، وإن كانت قد تصرفت بطريقة صحيحة، وكيف يمكن التصرف بطريقة أفضل إذا كان هناك قصور ما. وينظر المعالج والمريضة معا للأيام والأسابيع القادمة متوقعين حدوث أية صعوبات قد تحدث وكيفية التعامل معها. ويمكنهما تكوين خطة للتعامل مع هذه الصعوبات. وتوقع المريضة أن يسألها المعالج عن جلسات العلاج الذاتى ومدى تقدمها فى هذا المجال يجعل المريضة حريصة على عمل الواجب المنزلى وممارسة المهارات التى تعلمتها. بالإضافة إلى ذلك يستطيع المعالج أن يساعد المريضة أن تحدد إذا ما كانت الأفكار التلقائية السلبية السابقة قد نشطت مرة أخرى. وإذا كان الأمر كذلك يمكنهما إعادة تصحيح هذه الأفكار فى الجلسة نفسها، ويخططان لمتابعة ذلك فى الواجب المنزلى.

وتتيح الجلسات التعزيزية أيضاً الفرصة للمعالج أن يتبين ظهور أية استراتيجيات معطلة (مثل التجنب)؛ فالمریضة تعبر عن أى هدف حالى أو سابق غير محقق وتعمل على تحقيقه وفقاً لخطة معينة، كذلك يمكن للمعالج والمریضة أن يراجعا معاً جلسات العلاج الذاتى ومدى فاعليتها والعمل على تصحيح ما يحتاج إلى تصحيح. وأخيراً، فإن علم المریضة بأن هناك لقاءً قادمًا مع المعالج قد يحفزها على الحفاظ على تقدمها بمفردها حتى يرى ثمرة اجتهادها.

وللتحضير للجلسات التعزيزية، يزود المعالج المریضة بقائمة من الأسئلة كما هو موضح بالشكل (١٥-٥).

دليل إرشادى للجلسات التعزيزية:

- أ- جدولى مواعيدك وحددى مواعيد محددة بقدر الإمكان واتصلنى للتأكد من ذلك.
- ب- ضعى فى الاعتبار إن هذه الجلسات هى إجراء وقائى حتى ولو كانت الحالة متحسنة تمامًا.
- ج- قبل أن تحضرى للجلسات، أعدى نفسك ، وقررى ماذا يمكن أن أستفيد من مناقشته مع المعالج، وذلك يشمل:

١- هل أمورك على ما يرام؟

٢- ما المشاكل التى استجدت؟ وماذا فعلت حيالها؟ وهل كان يمكن التعامل معها بطريقة أفضل؟

٣- ما المشاكل التى يمكن أن تستجد بين الجلسة التعزيزية والجلسات التالية؟ تخيلى المشكلة بالتفصيل. ما الأفكار التلقائية التى يمكن أن

تكون لديك؟ وما المعتقدات التي يمكن ان تكون قد نشطت لديك؟ وكيف
ستعاملين معها؟ وكيف ستحل المشكلة؟

٤ - ما العلاج المعرفى الذى تبنيته؟ وما العلاج الذى ستبنيه من الآن وحتى
الجلسة القادمة؟ وما الأفكار التلقائية التى يمكن أن تظهر فى الطريق؟
وكيف ستتجاوب مع هذه الأفكار؟

٥ - ما الأهداف الأخرى التى تريد تحقيقها؟ وكيف تستطيع تحقيقها؟ وكيف
ستساعدك الأشياء التى تعلمتها فى العلاج المعرفى؟

الشكل (١٥-٥) دليل إلى الجلسات التعزيزية

وكما يوضح الحوار التالى، فإن هدف الجلسة التعزيزية هو الاطمئنان على
حالة المريضة والعمل على استمرار التحسن والتقدم.

المعالج: أنا سعيد إنك حضرته النهار ده، لكن واضح من الاستبيان اللى قدامى إنك
شوية مكتئبة أكثر مما كنت عنه فى نهاية العلاج؟

المريضة: أيوه أنا قطعت علاقتى مع خطيبى اليومين دول؟

المعالج: أنا أسف بس تفكرى هو ده السبب اللى رفع درجات الاكتئاب بالشكل ده؟

المريضة: أفكر كده، أنا كنت كويسة خالص لغاية الأسبوع اللى فات.

المعالج: يا ترى هو ده الموضوع اللى عاوزانا نتكلم فيه النهارده؟

المريضة: نعم، وكمان عاوزه أناقش تقدمى أو تأخرى فى موضوع الشغل الصيف ده

المعالج: ماشى وكمان عاوز أشوف إنتى عاملة إيه بصفة عامة، وهل يا ترى قابلتى

أى صعوبات وإزاي اتعاملتى معاها، وإيه الواجب المنزلى اللى كنت

مواظبة عليه، وكمان نشوف إيه المشاكل اللي ممكن تقابلك فى الأسابيع الجاية أو الشهور الجاية.

المريضة: ماشى.

المعالج: تحبى نبدأ الأول بموضوع فسخ العلاقة، يا ترى إيه اللي حصل؟ (يناقشان باختصار موضوع فسخ العلاقة ويركز المعالج هنا على تفاعل المريضة مع موضوع الفسخ، وهل هناك أفكار تلقائية قديمة قد نشطت) (تلخيص). يعنى الأمور بدأت تتدهور وهو قال لك إنه يفكر يشوف واحدة ثانية. لما قال لك كده إيه اللي دار فى مخك ساعتها؟

المريضة: إنه ما كانش بيحبني.

المعالج : وده معناه إيه بالنسبة لك؟

المريضة: معناه أن علىّ أن أشوف حد تاني.

المعالج : وده معناه إيه بالنسبة لك. إن عليكى إنك تشوفى حد ثاني

المريضة: هيكون صعب جدًا.

المعالج: وده معناه إيه أن ده حيكون صعب جدًا؟

المريضة : أفكر معناه إنى مش محبوبة قوى.

المعالج: يا ترى قد إيه كان اعتقادك إنك مش محبوبة ساعة ما قال لك إنه عاوز

يشوف واحدة ثانية؟

المريضة: يمكن ٩٠%

المعالج: وقد إيه عندك الاعتقاد ده دلوقت؟

المريضة: أقل، يمكن ٥٠ أو ٦٠%.

المعالج: وإيه اللي عمل الفرق ده؟

المريضة: يعنى، جزء منى بيقول إن إحنا ما كناش مناسبين لبعض من الأول؟

المعالج: معنى كده إنك كنت قادرة تعدلى فكرة (إنك مش محبوبة).

المريضة: إلى حد ما.

المعالج: طيب إيه اللي تعلمتیه من العلاج إنك تقاومى فكرة إنك مش محبوبة

وتعزى فكرة إنك محبوبة؟

المريضة: كان ممكن أعمل سجل الأفكار التلقائية المعطلة، وأنا عارفة إن المفكرة

العلاجية فيها كثير منه. كان لازم أراجع أقرأها تانى.

المعالج: ده كان ممكن يساعدك كتير، يا ترى بتفكرى تعملى الكلام ده؟

المريضة: نعم، أنا يمكن كنت فاكرة إن الكلام مش حايفيد كثير.

المعالج: ودلوقت، رأيك إيه؟

المريضة: هو ساعدنى قبل كده واتهيالى لازم يساعدى تانى.

المعالج: إيه الأفكار اللي ممكن تجيلك وإننى راجعة على البيت أو وإننى بتعملى

السجل فى اليومين الجايين؟

المريضة: ما فيش، أنا حاعمله ويمكن يساعدى.

المعالج: بس ممكن الفكرة دي ، " مش راح يفيد" تراودك تانى إذا قابلتى موقف
صعب زى ده؟

المريضة: ممكن.

المعالج: إيه اللي ممكن تعمله دلوقت علشان تختبرى الفكرة دي؟

المريضة: إيه اللي ممكن أعمله دلوقت؟

المعالج: إيه اللي ممكن تعمله علشان يفكرك أن الفكرة دي راودتك وإنتى أدركت
إنها غير صحيحة؟

المريضة: لازم أكتب الكلام ده فى ورقة أحطها فى درج مكتبى.

المعالج: كويس، إيه رأيك تكتبى بعض الحاجات التى ناقشناها النهارده، عمل سجل
لأفكار التلقائية السلبية "أنا مش محبوبة" ، قراءة النوتة العلاجية، وكتابة
الرد على الفكرة "مش رايح يفيد" وتحطبيها فى درج مكتبى.

فى هذا الجزء من الجلسة التعزيزية، يقدر المعالج مدى اكتئاب المريضة،
ويعد الأجنده ويناقش موضوعاً واحداً، ويساعد المريضة أن تعد الواجب المنزلى
لنفسها، ويؤكد المعالج أن الاكتئاب كان بدرجة خفيفة، ومرده إلى فسخ العلاقة مع
خطيبيها (وإذا كان الاكتئاب شديداً فعلى المعالج أن يقضى وقتاً أطول فى تقصى
الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات الخاطئة التى تكون قد نشطت، وكان على المعالج
والمريضة مناقشة الإعداد لجلسات تعزيزية أخرى).

وهنا نلاحظ أن المريضة كانت قادرة على التعبير بسهولة عن أفكارها
التلقائية والمعتقدات التحتية. وقد استغرقت هى والمعالج وقتاً أقل فى وضع خطة
لتعديل أفكارها التلقائية؛ ذلك لأنها تعلمت كل ذلك فى أثناء العلاج. وهى فقط كانت
بحاجة إلى الجلسات التعزيزية لتذكرها استخدام هذه الأدوات.

وملخص لما سبق، فإن العمل على منع الانتكاسة يكون على مدار فترة العلاج، وأن مشاكل تخفيف الجلسات وانتهاء العلاج تناقش كأية مشكلة أخرى. مع المساعدة في حل مشاكل المريضة والاستجابة للأفكار التلقائية السلبية و العمل على تقويمها.

الفصل السادس عشر

التخطيط للعلاج

كيف يقرر المعالج في أية لحظة خلال العلاج ما عليه أن يقوله أو يفعله بعد ذلك؟

ثمة إجابات جزئية وردت خلال الفصول السابقة، ولكن هذا الفصل سوف يتناول بالتفصيل وبطريقة متكاملة كيفية التخطيط واتخاذ القرارات في أثناء العملية العلاجية. ولكي يبقى العلاج مركزاً وموجهاً في اتجاه واحد. فعلى المعالج أن يسأل نفسه باستمرار هذا السؤال (ما المشكلة الأساسية هنا؟ وما الذي يمكنني إنجازه في هذه المرحلة؟)؛ فعليه أن يكون على وعى كامل بأهدافه خلال الجزء الحالي من الجلسة أو خلال الجلسة كلها وخلال المرحلة العلاجية الحالية، وكذلك خلال العملية العلاجية كلها. ويرسم لنا هذا الفصل عدة نقاط أساسية من أجل خطة علاجية عاملة تهدف إلى إنجاز أهداف علاجية واسعة، والتخطيط للعلاج عبر الجلسات. ويشمل ذلك وضع خطة علاجية، والتخطيط لجلسة واحدة، واتخاذ القرار بالتركيز على مشكلة ما وتعديل أو تحويل العلاج من أجل اضطرابات معينة.

إنجاز الأهداف العلاجية العامة:

يطمح المعالج - على المستوى الأعم - إلى تسهيل عملية الشفاء مما تعانیه المريضة ومنع الانتكاسة. و لكي يتحقق ذلك فليس عليه فقط أن يخفف من الأعراض المرضية عن طريق تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية وتعديل السلوك، بل عليه أيضاً أن يحفزها على الاستمرار في عمل ذلك بمفردها بعد انتهاء العلاج. وبمعنى آخر أن تصبح هي معالجة لنفسها، ولكي يتم تحقيق هذه الأهداف العامة؛ فعلى المعالج أن يقوم بالآتي:

1- بناء علاقة وتحالف علاجي سليم مع المريضة.

٢- أن يجعل أهداف العلاج والعملية العلاجية واضحة بالنسبة إليها.

٣- أن يعلم المريضة ما هو النموذج المعرفي، ويشركها معه في عملية تكوين المفهوم وصياغة حالتها ووصفها.

٤- يساعد على تخفيف التوتر من خلال طرق العلاج المعرفي وحل المشاكل معها.

٥- تعليم المريضة كيفية استخدام هذه الطرق بنفسها ومساعدتها على التوسع فيها وتشجيعها على استخدامها في المستقبل.

التخطيط للعلاج عبر الجلسات:

يضع المعالج خطة عامة للعلاج وخطة خاصة لكل جلسة على حدة، ويمكن أن ينظر للعلاج من خلال ثلاث مراحل: البداية و المنتصف والنهاية. ففي المرحلة الأولى للعلاج (البداية) يخطط المعالج لإنجاز عدد من الأهداف (انظر الفصل الرابع) وهي: بناء تحالف علاجي قوى، والتعرف على أهداف المريض من العلاج وتحديدها، وحل المشاكل مع المريضة كلما أمكن، وتعليم المريضة سلوكيًا (خصوصًا إذا كانت مكتتبة ومنزوية)، وتعليم المريضة ماهية مرضها ، وكذلك تعليمها كيف نتعرف على أفكارها التلقائية وتقييمها وتعديلها، وكذلك إعداد المريضة لتقبل عمل الواجب المنزلي وإعداد الأجندة وإمداد المعالج بالنتيجة، وكذلك إعطاء التعليمات للمريضة عن كيفية التكيف.

وفي المراحل المبكرة من العلاج غالبًا ما يأخذ المعالج دور القيادة في إعداد الأجندة وإعداد الواجب المنزلي. وفي المرحلة الوسطى من العلاج يستمر المعالج في التركيز على الأهداف السابقة مع التركيز على التعرف على معتقدات المريضة الجوهرية وتقييمها وتعديلها، ويشرك معه المريضة في عملية التقييم

لحالتها، ويستخدم الوسائل المنطقية Rational والشعورية Emotional لتسهيل عملية التعرف على المعتقدات وتعديلها. بالإضافة إلى ذلك، فعلى المعالج (إذا أمكن) مساعدة المريضة على إعادة صياغة أهدافها وتعلمها المهارات التي تحتاجها لتحقيق أهدافها. وفي المرحلة الأخيرة من العلاج يتوجه التركيز على عملية إنهاء العلاج والعمل على منع الانتكاسات (انظر الفصل الخامس عشر) وعند هذه النقطة تكون المريضة أكثر تفاعلاً في عملية العلاج آخذة دوراً قيادياً في إعداد الأجندة، كما تكون قادرة أيضاً على اقتراح حلول لمشاكلها وعلى إعداد الواجب المنزلي لنفسها.

تصميم خطة علاجية:

يصمم المعالج الخطة العلاجية على أساس تقييمه للمريضة، ولأعراضها المرضية طبقاً للمحورين الأول والثاني من دليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكي وطبقاً لحالتها الراهنة ومشكلتها التي طلبت العلاج من أجلها. فسالى على سبيل المثال قد حددت أربعة أهداف في الجلسة العلاجية الأولى، وهي تحسين أدائها الدراسي، وتقليل القلق المصاحب للاستعداد للامتحانات، والاختلاط بالناس بطريقة أفضل، وكذلك الالتحاق ببعض النشاطات المدرسية. وعلى أساس تقييم حالتها المرضية وهذه الأهداف الأربعة أعد المعالج خطة علاجية عامة (انظر الشكل ١٦ - ١). وفي كل جلسة كان يعمل في عدد من المناطق التي تم تحديدها في الخطة بناء على ما تم مناقشته في الجلسات السابقة، وعلى ما فعلته سالى في الواجب المنزلي والمشاكل أو الموضوعات التي حددتها سالى في الأجندة في ذلك اليوم. ويأخذ المعالج كل مشكلة على حدة، ويتناولها بالتحليل النقدي إما بطريقة شفوية أو مكتوبة (الشكل ١٦ - ٢).

وبعد الانتهاء من صياغة خطة علاجية عامة يلتزم بها المعالج إلى حد ما، مراجعة إياها كلما لزم الأمر. ولتحليل مشكلة بعينها يلزمه أن يضع في اعتباره

الصعوبات التي تواجهها المريضة أو أن يضع خطة علاجية مناسبة لها، وكذلك عليه التركيز على كل جلسة وأهدافها ممسكاً بالخيط الذي يربط بين الجلسات، ويكون أكثر إدراكاً لتطور المريضة.

خطة علاج سالى:

- ١- حل مشكلة التركيز لديها وكيفية تحسينه، وطلب المساعدة المطلوبة من الآخرين ومقابلة المزيد من الناس والانضمام للأنشطة المختلفة.
 - ٢- مساعدتها على التعرف على أفكارها التلقائية عن نفسها ومدرستها، والناس والعلاج، وخصوصاً تلك الأفكار التي تعطلها عن حل مشاكلها أو تسبب لها القلق والانزعاج.
 - ٣- البحث عن المعتقدات الخاطئة وعن مفهوم الكمال وطلب المساعدة من الآخرين.
 - ٤- مناقشة نقدها الدائم لنفسها والعمل على زيادة الثقة بالنفس.
 - ٥- تقليل الوقت الذي تقضيه فى الفراش.
-

الشكل (١٦- ١) خطة علاج سالى

التخطيط للجلسة الواحدة:

يسأل المعالج نفسه عدة أسئلة قبل وفي أثناء الجلسة حتى يمكنه صياغة خطة عامة للجلسة لكي تكون مرشداً له خلال إدارة الجلسة العلاجية، وبشكل عام يسأل المعالج نفسه هذا السؤال: ما الذى ينبغي على تحقيقه، وكيف يمكن تحقيقه بكفاءة؟ والمعالج المحنك يفكر تلقائياً فى أمور كثيرة ومحددة وتبدو القائمة التالية من الأسئلة مثبطة لهمة المعالج المبتدى، إلا أنها تعتبر مرشداً نافعاً للمعالجين

الأكثر تقدماً الذين يرغبون في تحسين قدراتهم على اتخاذ القرارات التي من شأنها أن تحسن أداءهم في الجلسة العلاجية، ولقد صممت هذه القائمة لكي تقرأ وتؤخذ في الاعتبار قبل الجلسات؛ حيث إن قراءتها في أثناء الجلسة من شأنه أن يعطل سير العملية العلاجية.

١- يراجع المعالج الأجندة العلاجية والجلسات السابقة ويسأل نفسه:

- ما نوع مرض المريضة؟ وما مدى شدته الآن بالمقارنة مع بداية العلاج؟
- كيف يمكن تحويل العلاج المعرفي القياسى حيث يتناسب مع هذه المريضة وطبيعة مرضها.
- كيف حددت وكونت مفهوماً عن صعوبات المريضة؟ (يمكن الرجوع إلى مخطط تكوين المفهوم فى العلاج المعرفي).
- ما المرحلة التي وصلت لها المريضة الآن؟ وكم عدد الجلسات الباقية؟ (إذا كان العدد محددًا).
- ما مشاكل المريضة الرئيسية؟ ما أهدافها؟ وماذا حققنا حتى الآن فى أى منها وإلى أى مدى؟ وما المشكلة التي ركزنا عليها حديثاً؟
- ما التقدم فى حالة المريضة حتى الآن من حيث المزاج والسلوك والأعراض؟
- ما شدة التحالف العلاجي بيننا؟ وكيف يمكن تقوية هذا التحالف؟
- على أى مستوى معرفي كنا نعمل حتى الآن؟ هل نعمل على مستوى الأفكار التلقائية أو الأفكار الوسطية، أو المعتقدات الجوهرية أو هو خليط بين هذه المستويات؟ وما مدى التقدم الذى أحرزناه فى كل مستوى؟

- ما التغييرات السلوكية التي كنا نعمل عليها ومدى التقدم الذي تحقق؟
- ماذا حدث في الجلسات القليلة الماضية؟ وإذا كانت هناك أفكار تلقائية قد عطلت العلاج فما هي؟ وكيف يمكنني التعامل معها؟ وما المهارات التي نعمل على تعلمها؟ وأي مهارة أريد أن أركز عليها حالياً وأشجعها؟ وما المهارة الجديدة التي أريد أن أعلمها للمريضة؟
- ماذا حدث في الجلسة السابقة؟ وما الواجب المنزلي الذي وافقت المريضة على عمله؟ وما الشيء الذي وافقت عليه (مثلاً الاتصال بطبيبها أو اقترضت كتاباً أو مقالاً له علاقة بمشكلاتها).

٢- حينما يبدأ المعالج الجلسة العلاجية ويبدأ في تقييم حالة المريضة المزاجية يسأل نفسه:

- أ. ما المشاعر مقارنة بالجلسة السابقة؟ وبالمقارنة بحالتها العامة منذ البداية؟ وهل تحقق تقدماً أم لا؟
- ب. ما المزاج الغالب (مثلاً: الحزن، القلق، الغضب، الخجل)؟
- ج. هل يضاهاى التقييم الموضوعى تقييمها الشخصى لنفسها؟ وإذا لم يكن الأمر كذلك فلماذا؟
- د. هل هناك شيء يتعلق بمزاج المريضة علينا وضعه في الأجنده لمناقشته بطريقة أعمق؟

٣- حينما تقدم المريضة تقريراً سريعاً عن الأسبوع الماضى يسأل المعالج نفسه:

- أ. كيف انقضى هذا الأسبوع مقارنة بالأسابيع السابقة؟
- ب. ما علامات التحسن الموجودة؟

ج. ما المشاكل التي استجبت هذا الأسبوع؟

د. هل حدث شيء يجعلها أكثر تفاؤلاً بالعلاج أو بتحقيق أهدافها؟

هـ. هل حدث شيء في هذا الأسبوع ينبغي وضعه في الأجنحة لمناقشته بطريقة أعمق؟

٤- **حينما يراجع المعالج استعمال المريضة للأدوية أو الكحول أو المخدرات (إذا كان هناك ما يدعو لذلك) فهو يسأل نفسه:**

أ. هل هناك مشاكل في أي من هذه الأشياء؟

ب. هل علينا أن نضع أي من هذه الأشياء في الأجنحة لمناقشتها بطريقة أعمق؟

٥. **حينما يسأل المعالج المريضة عن العائد من الجلسات السابقة وملخص ما دار فيها يسأل نفسه :**

أ. هل المريضة تعبر بصراحة عن شعورها بالنتيجة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، فهل يمكنني سؤالها بلطف الآن؟ أو هل يمكنني وضعه في الأجنحة ومناقشته في جلسة أخرى؟

ب. كيف يمكنني تقوية التحالف العلاجي؟

ج. هل تتذكر المريضة الكثير من الجلسة السابقة؟ هل تستطيع التعبير عن أهم النقاط التي وردت فيها؟ إذا لم يكن ذلك، فهل كتبت ملاحظات كافية في الجلسة السابقة؟ وهل على أن أضع هذه المشكلة في أجنده اليوم؟

٦. **حينما يعد المعالج والمريضة الأجنحة يسأل المعالج نفسه:**

أ. ما المشكلة الأهم التي يمكن أن تناقش اليوم؟ وما المشكلة الأهم بالنسبة للمريضة؟ وما المشكلة التي يمكن حلها بسرعة؟ وما المشكلة التي إذا حلت تؤدي إلى تحسن في الأعراض خلال جلسة اليوم؟

ب . ما المشكلة التي يمكن أن تستخدم اليوم في تعليم مهارة ما؟
ج . هل من غير المفيد أن أناقش موضوعاً ما مثلاً في جلسة مبكرة، هل كانت هناك مشكلة من التعقيد بحيث إنه ليس من السهل حلها؟ هل هناك مشكلة معينة يمكن أن تنشط من جديد معتقدات جوهرية لدى المريضة بطريقه أقوى حيث إنها حتى الآن لا تملك الوسائل التي تمكنها من الاستجابة الصحيحة لهذه المعتقدات الجوهرية الخاطئة؟.

٧ . حينما يرتب المعالج مع المريضة أولويات بنود الأجندة على المعالج أن يسأل نفسه:

أ . ما الوقت الذي ينبغي أن يتطلبه كل بند؟ وكم من البنود سوف نناقشها ؟
ب . هل هناك أية مشكله يمكن للمريضه أن تحلها بنفسها، أو مع شخص آخر أو يمكن مناقشتها في جلسات قادمة؟
ج . ما هدفى الأساسى فى هذه الجلسة : التحسن فى المزاج أو تغيير معرفى أو حل مشكلة أو تعديل سلوك أو تحسين التحالف العلاجى؟ وأى من هذه المشاكل أو البنود يمكن من خلال مناقشته تحقيق هذا الهدف؟
د . كيف تتشابه هذه البنود أو المشكلات مع ما تراه المريضة مهمًا بالنسبة لها؟
هـ . ما الوقت الذى علينا أن نخصصه لكل بند أو مشكلة؟

٨ . حينما يراجع المعالج والمريضة الواجب المنزلى على المعالج أن يسأل نفسه:

أ- كيف يتناسب هذا الواجب المنزلى مع أجندة اليوم؟ وهل يمكن تأجيل بعض نقاط الواجب المنزلى إلى ما بعد مناقشة بنود الأجندة؟
ب- كم من الواجب أنجزته المريضة؟ إذا كان قليلاً فما السبب فى ذلك؟

ج. هل كان الواجب مفيذاً؟ إذا لم يكن كذلك فلماذا؟ وإذا كان مفيذاً فماذا تعلمت المريضة؟

د. كيف يمكن تعديل واجب هذا الأسبوع حتى يكون أكثر نفعاً؟

٩- حينما يناقش المعالج والمريضة أول بنود الأجنحة يسأل المعالج نفسه في أربعة اتجاهات:

تحديد المشكلة:

أ- ما المشكلة.

ب- ما المواقف المعينة التي تظهر فيها المشكلة.

ج- لماذا تعتقد المريضة أن لديها هذه المشكلة؟ ولماذا أعتقد أن المريضة تعاني من هذه المشكلة؟

د- كيف تتلاءم هذه المشكلة مع المفهوم المعرفي العام عن المريضة؟ وما علاقتها بأهدافها الرئيسية؟

هـ - ما الدور الذي تلعبه أفكار المريضة ومعتقداتها وسلوكها في هذه المشكلة؟

تصميم الإستراتيجية:

أ- هل يمكن حلها بصراحة؟ ما الأفكار والمعتقدات التي يمكن أن تعرق حل المشكلة أو تبني حلاً ما؟

ب- ما الأفكار والمعتقدات التي علينا مناقشتها لكي تساعدنا على تغيير السلوك؟ وما الأفكار الجديدة والموضوعية التي يمكن أن تكون أكثر نفعاً لهذه المريضة؟ وما علاقة هذه الفكرة الجديدة بالمفهوم العام عن المريضة؟

اختيار الطريقة أو التكنيك:

- أ- ما الذى أريد إنجازه بالتحديد ونحن نناقش بنود هذه الأجنده؟
- ب- ما الطريقة أو التكنيك الذى عمل جيداً مع هذه المريضة (أو مريضة مشابهة) فى الماضى؟ وما الطريقة التى لم تعمل جيداً؟
- ج. ما الطريقة التى علىَّ أن أبدأ فيها أولاً؟
- د. وكيف يمكن تقييم فاعليتها؟
- هـ. هل سأستعمل الطريقة؟ أم أنى سأتعلمها أو أعلمها للمريضة؟

رصد العملية:

- أ- هل نعمل سويًا كفريق؟
- ب- هل تتبع المريضة ما أقودها نحوه؟
- ج - هل لديها أفكار تلقائية معطلة عن نفسها، أو عن هذه الطريقة أو العلاج أو المعالج أو المستقبل؟
- د- هل يتحسن مزاجها؟
- هـ- كيف ستعمل هذه الطريقة؟ هل علينا الاستمرار فى هذه الطريقة؟ أم علىَّ أن أجرب طريقة أخرى؟
- و. هل سوف ننهى مناقشة بنود الأجنده فى الوقت المحدد؟ إذا لم يكن فهل علىَّ أن أقطع النقاش أو علينا أن نقرر سويًا الاستمرار فى هذا البند ونؤجل أو نلغى بنودًا أخرى.
- ذ. ما المتابعة التى على اقتراحها (الواجب المنزلى مثلاً) حتى أدم ما تعلمته المريضة؟

خ. كيف ستتذكر المريضة الأشياء المهمة التي تتكلم فيها؟ هل تدون بطريقه كافية؟

١٠. بعد مناقشة أول بنود الأجنحة يسأل المعالج نفسه:

أ- ماذا تشعر المريضة الآن؟

ب- هل على أن أفعل شيئاً لأحسن التواصل معها؟

ج. هل على أن أرتب لمتابعة هذا البند (مثلاً واجب منزلي، الاتفاق على جعل نفس البند في أجنحة الأسبوع القادم، أو الاتفاق على عدم فتح هذا الموضوع إلى وقت آخر)؟

د. ما الوقت الباقي من الجلسة؟ هل لدينا وقت لبند آخر من بنود الأجنحة؟ وماذا علينا أن نفعل بعد ذلك؟

١١. قبل إغلاق الجلسة، يسأل المعالج نفسه:

أ. هل على أن أسأل أكثر عن ردود فعل سلبية؟

ب. إذا كان هناك أي رد فعل سلبي، كيف سأتعامل معه؟

ج. هل فهمت المريضة الدافع الرئيسي للجلسة؟

د. هل ستتذكر المريضة المهارات أو الأفكار التي تعلمتها؟ وهل أعددتنا واجباً منزلياً مناسباً؟

قرار التركيز على مشكلة ما:

إن من القرارات الحاسمة في كل جلسة هو اختيار مشكلة ما دون غيرها للمناقشة والمتابعة، وعلى الرغم من أن المعالج يتعاون مع المريضة في هذا القرار، فإن عليه أن يقود العلاج في اتجاه مناقشة المشاكل المزعجة والمتكررة

والمستمرة وفي اتجاه المشاكل التي يرى المعالج أن مناقشتها يمكن أن تحقق نتائج ملموسة وسريعة في أثناء الجلسة، ويوجل المشاكل التي يرى أن المريضة يمكن أن تحلها بنفسها والمشاكل التي يرى أنها أحداث منعزلة من الصعب أن تتكرر وتلك التي لا تشكل إزعاجًا كبيرًا أو تلك التي يرى فيها المعالج أن مناقشتها واستغلال وقت العلاج لن يفيد كثيرًا في حلها. وبعد تحديد المشكلة يفعل المعالج أشياء كثيرة ليقرر كم من الوقت والمجهود سيخصص لهذه المشكلة ويراجع اختياراته، ويفكر في اعتبارات معينة مستخدمًا المرحلة العلاجية كمرشد ويكون قادرًا على تغيير الموضوع إذا لزم الأمر، وهذه الخطوات الخمس سوف توصف فيما يلي بالتفصيل:

جمع معلومات أكثر عن المشكلة:

حينما تذكر المريضة المشكلة في البداية أو حينما تظهر في منتصف الجلسة فإن على المعالج أن يقيم حجم المشكلة وإن كانت تتطلب تدخلًا أم لا. فعلى سبيل المثال قد وصفت سالي على الأجندة إن والدها متعثر في أعماله وهي تشعر بالحزن حيال ذلك، فيسألها المعالج لكي تقدر ما مدى نفع تكريس وقت من الجلسة لهذه المشكلة.

المعالج: سالي.. إننى قلتنى إنك عاوزه تناقشى حاجة عن أبوك وأعماله؟

المريضة: نعم.. كان شغلة كويس قوى لفترة، وبعدين بدأ يتغير وزى ما يكون حيوصل للإفلاس.

المعالج: (يجمع معلومات أكثر) إذا أعلن إفلاسه، يا ترى ده بيبأثر فيكى قد إيه؟

المعالج: مافيش حاجة مباشرة، أنا بس متضايقه علشانه، طبعًا هو لسة عنده فلوس كفاية، بس هو اشتغل كثير قوى عشان يعمل الفلوس دى.

المعالج: (محاولاً أن يكشف أو يكتشف عن أى تشوش فى تكبير المريضة) تفنكرى

إيه اللي ممكن يحصل لو حصل إفلاس؟

المريضة: هو بدأ يدور على عمل ثانى، هو مش من النوع اللي يرقد أو يضيع وقته.

المعالج: (ما زال يحاول أن يبين إذا كانت المريضة تفكر بطريقة سلبية) هو ده أسوأ جزء فى الحكاية دى بالنسبة لك؟

المريضة: بس ربما يشعر بالاستياء.

المعالج: وأنت تشعري بإيه لما هو يشعر بالاستياء.

المريضة: شعور وحش طبعاً..... حزينة.

المعالج: قد إيه حزينة؟

المريضة: ٧٥%.

المعالج: (مختبراً، إذا كانت المريضة يمكن أن يكون لها نظرة طويلة المدى).

يا ترى عندك إحساس إنه بالرغم من أنه ممكن يشعر بالاستياء فى الأول، بس مش حيفضل كدة على طول؟ يعنى ممكن المشروع الجديد ينجح ويشعر بالتحسن؟

المريضة: أيوة.... طبعاً ده ممكن يحصل.

المعالج: تفكرى الحزن بتاعك ده طبيعى؟ أو ده مآثر عليك أكثر من اللازم؟

المريضة: أفكر إن ده رد فعل طبيعى.

المعالج: (معتقداً أن هذا الموضوع لا يتطلب عملاً أكثر من ذلك)، فيه حاجة ثانية بخصوص ده؟

المريضة: لأ... ما فتكرشى.

المعالج: أنا متأسف للى حصل لوالدك.. خلىنى أعرى التطورات بعد كده.

المريضة: إن شاء الله.

المعالج: يا ترى تقدر ترجع للبند الثانى فى الأجنده؟ وفى موقف آخر يرى المعالج أن الموضوع يحتاج إلى تدخل بطريقة أكثر فاعلية.

المعالج: أنت كنت عاوزه تتكلمى عن بعض الترتيبات المعيشية للسنة الجاية؟

المريضة: نعم .. أنا متضايقه كثير. أنا وزمىلتى فى السكن قررنا إن إحنا نعيش مع بعض؟ نانيس مش عاوزه تعيش فى حرم الجامعة. علشان كده فكرنا ندور على شقة فى وسط البلد أو فى الضواحي القريية من الجامعة لكن هى حتسافر لأهلها فى الإجازة علشان كده كل المسؤولة حتبقى على لوىدى.

المعالج: إمتى حسيتى إنك متضايقه جدًا علشان الموضوع ده؟ (هنا يحاول المعالج أن يحدد إن كان شعور المريضة بالضيق لأن صديقها تركت كل العمل عليها أو لأنها لا تدرى ماذا تفعل أو كلا الأمرين معًا محاولاً أن يكتشف أفكارها التلقائية ومشاعرها).

المريضة: إمبراح بس لما وافقت إنى أبدأ أدور على شقة وهى مش موجودة. الحقيقة إمبراح بس أنا مش عارفة أعمل إيه.

المعالج: كانت إيه مشاعرك؟

المريضة: مرتبكة وقلقانة؟

المعالج: وكان إيه اللى بيدور فى مخك الليلة اللى فاتت وأنت بتفكرى فى الموضوع ده؟

المريضة: مش عارفة أعمل إيه، مش عارفه أبدأ إزاي.

المعالج: (باحثًا عن الصورة ككل، مقررًا أن هناك أفكارًا تلقائية أخرى ذات أهمية). إيه تانى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: كنت بسأل نفسى "يا ترى حابدأ منين؟ أنا عمرى ما عملت حاجة ذى دى قبل كده. يا ترى أروح مكتب عقارات؟ يا ترى أشوف الإعلانات فى الجريدة؟"

المعالج: (ما زال يبحث عن أفكار تلقائية أخرى) يا ترى كان عندك أى أفكار عن صديقتك؟

المريضة: لأ... فى الحقيقة لأ... هى قالت هى حتساعدنى لما ترجع. هى قالت انتظرى لغاية ما أرجع.

المعالج: يا ترى كان عندك أى توقعات؟
المريضة: ما أعرفش.

المعالج: (معطيًا مثالاً مضادًا) يعنى متوقعة إنك تلاقى شقة واسعة بإيجار رخيص؟
المريضة: لأ لأ... أنا كنت بفكر إيه اللى يحصل لو لقيت مكان وبعد كده اكتشفت إنه مليون صراصير أو قذر أو مش أمان أو محاط بالضوضاء.

المعالج: يا ترى عندك صورة فى خيالك للمكان ده؟
المريضة: أيوة.. مظلم، له رائحة، قذر (تهز كتفها).

مراجعة الخيارات:

الآن وبعد أن تكونت لدى المعالج صورة متكاملة عن الموضوع ، فإنه يراجع فى ذهنه كل الخيارات ليتمكن أن يختار واحدة أو أكثر من هذه الخيارات:

١- أن يشرك سالى معه فى محاولة لحل المشكلة بطريقة مباشرة مرشدًا إياها عن الخطوة التى تبدو أكثر منطقية وسهولة.

- ٢- أن يعلم سالى مهارة حل المشكلات متخذاً من هذه المشكلة مثالاً.
- ٣- أن يستخدم هذه المشكلة كفرصة لتدعيم النموذج الإدراكي عند سالى.
- ٤- أن يستخدم هذه المشكلة كمثال ليعلم سالى مفهومًا عن نفسها وعن مشكلتها العامة فى أنها تشعر بعدم الكفاءة، وخصوصاً فى المواقف الجديدة، وتضخم من المشكلات الصغيرة.
- ٥- أن يجعل سالى تحدد أكثر الأفكار إزعاجًا، ويساعدها على تقييمها.
- ٦- أن يعلم سالى كيف تستخدم سجل الأفكار التلقائية السلبية مستخدمة هذا الموقف.
- ٧- أن يستخدم الصورة أو التحليل الذى ذكرته ليعلّمها تكنيك التحليل.
- ٨- أن يقرر مع سالى الانتقال إلى البند التالى من بنود الأجنحة (ربما المشكلة أكثر أهمية من هذه)، وأن يرجع إلى هذه المشكلة من وقت لآخر فى الجلسة أو فى جلسة قادمة.

التفكير فى اعتبارات عملية:

- كيف يقرر المعالج أن يسير فى أى اتجاه؟ إنه يأخذ فى اعتباره عدد من العوامل، وتشمل:
- ١- ما الذى يمكن أن يحقق لسالى أقصى ارتياح ممكن.
- ٢- ما الوقت الذى لديها لمشكلة ما؟ وماذا غير ذلك يستحق المناقشة فى هذه الجلسة؟
- ٣- ما المهارات التى تستحق تتعلمها سالى أو تراجعها معها، والتى تعتبر هذه المشكلة فرصة مناسبة لذلك؟
- ٤- ما الذى يمكن أن تفعله سالى بمفردها (الواجب مثلاً) لكى تتخلص من

انزعاجها؟ فمثلاً إذا كانت سالى قادرة على عمل سجل للأفكار السلبية لى تتخلص من شعورها بالضيق فى نقطة ما، فلنكرس بقية الوقت لعلاج موضوع آخر.

استخدام المرحلة العلاجية كمرشد:

غالبًا ما يكون المعالج ملتزمًا بالمرحلة العلاجية؛ فعلى سبيل المثال يميل المعالج إلى تحاشي مشكلة عميقة ومعقدة ومزعجة فى المراحل الأولى من العلاج مع المرضى المكتئبين إن كان يشعر بأن مناقشة مثل هذه المشكلة ستزيد من حدة الاكتئاب ولن تفيد حاليًا فى العلاج، وكذلك يتجنب مناقشة المواضيع التى تنشط المعتقدات الجوهرية المؤلمة قبل أن تكون المريضة قد تعلمت الوسائل التى بها تتعامل معها.

والجلسات الأولى ينبغى أن تركز على المشاكل البسيطة والأسهل؛ حيث إن التركيز على هذه المشاكل يساعد المريضة أن تتعرف على أفكارها التلقائية وتقييمها، وذلك أسهل من التركيز على المعتقدات الجوهرية الأكثر صعوبة وثباتًا، وإن النجاح السريع فى بداية العلاج يشجع المريضة ويحفزها على الاستمرار فى العلاج.

تغيير الموضوع فى جلسة ما:

فى بعض الأحيان لا يستطيع المعالج أن يقدر صعوبة مشكلة ما أو مدى احتمالية تنشيطها لمعتقدات جوهرية مؤلمة. وفى هذه الحالة يبدأ المعالج فى مناقشة مشكلة ما، ولكنه يدرك أن المناقشة لن تؤتى بالفائدة المرجوة أو سوف تزيد من حزن المريضة وتوترها؛ فيقرر أن يتحول إلى مناقشة موضوع آخر. وفى السياق التالى مثال على هذا التحول فى جلسة علاجية مبكرة.

المعالج: كويس.. فى البند التالى فى الأجندة أنت قلتى إنك عاوزه تقابلى وتتعاملى

مع ناس أكثر (ناقش هذا الهدف على وجه الخصوص) دلوقت قد إيه قدرتي تقابلي ناس جدد الأسبوع ده؟.

المريضة: (فى صوت ضعيف) أنا قدرت أتكلم مع الناس فى الشغل.

المعالج: (ملاحظاً أن المريضة قد اكتئبت فجأة) إيه اللي بيدور فى دماغك دلوقت؟

المريضة: مفيش أمل، أنا عمرى ما حا أقدر على كده (تبدو غاضبة). كل المعالجين حاولوا معايا قبل كده وما فيش فائدة برضه علشان كده با قولك مفيش فائدة.

لقد رأى المعالج من خلال ملاحظته لتفاعل المريضة وتغير مشاعرها بطريقة مفاجأة أن الموضوع قد نشط لديها اعتقاداً جوهرياً مؤلماً. وقد أدرك أن المضى قدماً فى مناقشة هذا الموضوع لن يكون مجدياً أو سوف يأتى بنتيجة عكسية، وبدلاً من أن يركز على هذه المشكلة يحاول المعالج أن يكتشف أفكار المريضة التلقائية عنه هو شخصياً.

(لما سألتك هل قابلت ناس الأسبوع ده، إيه اللي دار فى مخك عنى؟)

وأخيراً يعطى المريضة الخيار فى العودة إلى مناقشة هذا البند أولاً. (أنا مبسوط، أنك شايفة إنى ما محاولش أرغمك تعملى حاجة أنت مش عاوزه أو مش قادرة تعملها دلوقتي. تحبى نرجع للبند ده ثانى النهارده أو نؤجله لجلسة ثانية؟ وناقش دلوقت مشكلتك مع صاحبتك أليس؟

والخلاصة أن المعالج فى المراحل المبكرة من العلاج حاول أن يقود النقاش بعيداً عن الآتى:

- 1- مشكلة معقدة جداً (مشكلة لا يتوقع تقدماً كثيراً من مناقشتها فى المرحلة الحالية)، ومثال على ذلك مشكلة عائلية مزمنة.
- 2- مشكلة مرتبطة ارتباطاً شديداً باعتقاد قديم وراسخ (مثلاً: إذا لم اتجاوب

بصورة ١٠٠% مع رغبات الآخرين فسوف يعاقبنى الله).

٣- مشكلة من المحتمل أن تنشط اعتقادًا جوهريًا مؤلمًا، والتي لا يملك المريض حيالها الوسائل اللازمة للتعامل مع هذا الاعتقاد (مثلًا: سوف أكون مهملاً)

٤- مشكلة يمكن أن تحلها المريضة بنفسها، فإذا ركز المعالج عليها فلن يستغل وقت العلاج استغلالاً حسنًا.

٥- مشكلة لا تريد المريضة أن تناقشها.

٦- مشكلة لا تسبب ألمًا أو إزعاجًا للمريضة أى لا تسبب أى أعراض، وليست لها علاقة بمرضها الحالي.

فليس معنى ذلك أن المعالج يتجنب المشاكل الصعبة، بل يناقشها بعد أن تكون المريضة قد تحسنت بعض الشيء، وأن تكون قد تعلمت من المهارات ما يمكنها من التعامل مع هذه المشكلة والأفكار التلقائية والمعتقدات الجوهرية المصاحبة لها.

تحويل العلاج ليتناسب مع أمراض معينة:

إنه لمن الأساسى أن يكون لدى المعالج فهم كامل وشامل لأعراض المريضة الحالية ومشاكلها الملحة، والعوامل المرسبة والتاريخ المرضى قبل بداية العلاج، وأنه لمن المهم كذلك أن يكون لديه تشخيص متكامل على خمسة محاور التى يحتويها دليل التشخيص الرابع للأمراض النفسية الأمريكى. ولقد تناول هذا الكتاب العلاج المعرفى القياسى لحالة اكتئاب نفسى مصحوبًا بالقلق. وفيما يلى وصف مختصر لكيفية تحويل العلاج للتعامل مع الاضطرابات النفسية الأخرى، وعلى المعالج أن يراجع الكتب المتخصصة التالية للمرضى الذين قد شخصوا على أنهم يعانون من مرض آخر غير الاكتئاب البسيط أحادى القطب.

١- نوبات الهلع: يركز المعالج على تقييم واختبار تهويل المريضة وتفسيرها لعرض بسيط (أو عدة أعراض بسيطة)؛ فهذا يعنى أن مصيبة جسمانية أو نفسية قد حدثت أو على وشك الحدوث. (Beck , 1987; Clark , 1989)

٢- القلق النفسى العام: يركز المعالج على تعليم المريضة أن تقييم بطريقة موضوعية مقدار الخطر الذى يتهدها فى المواقف المختلفة، وأن يقيم ويقوى قدرتها على التكيف والتعامل مع المواقف المهددة.

(Clark،1989, Butler et al 1991 - Beck & Emry 1985)

٣- الرهاب الاجتماعى: يركز العلاج على إعادة التركيبة المعرفية، وطريقة معالجة القلق والتعرض التدريجى.

(Beck & Emry 1985, Butler, 1989, Heimberg, 1990)

٤- الوسواس القهرى التسلطى : يركز العلاج على التعرض للمثير ومنع الاستجابة (exposure & response prevention) وإرشاد المريضة لاكتشاف أن مشكلتها الرئيسية نابعة من أفكارها وليست من العالم الخارجى (ومن ثم تستطيع أن تمنعها من خلال معادلة سلوكها والتحكم فى أفكارها). ومن بين الأشياء العديدة أن يساعد المعالج المريضة أن تقدر الدرجة التى سوف تكون فيها مسئولة فعليًا إذا حدثت ظروف صعبة لها أو للآخرين (Salkovskis & Kirk, 1989).

٥- عصاب الصدمة: بالإضافة إلى تعليم المريضة الوسائل والطرق التى تتعامل بها مع القلق الشديد والتخيلات المؤلمة، ويركز العلاج على التعرف على المعنى الذى يعنيه لها الحدث المؤلم المسبب للصدمة وتعديل هذا الإدراك

(Parrott & Howes 1991, Dancu & Foa 1992)

٦- اضطرابات الشهية: يركز العلاج على إعادة الصياغة الإدراكية عن معتقدات

المريضة عن الطعام والوزن وصورة الذات (خصوصًا صورة الجسم وما يتعلق بها من الإحساس بالذات. (Bowers,1993; Fairburn & Cooper,1989)
(Garner & Bemis, 1985)

٧- سوء استخدام العقاقير: يركز العلاج على التعرف على الأفكار والتخيلات عن تناول العقاقير، معدلاً من المعتقدات التي تزيد من خطر تناول العقاقير، التعامل مع الرغبة الشديدة في تناول ومنع الانتكاسات.
(Beck et al, 1993; Marlatt & Gordon 1985)

٨- اضطرابات الشخصية: يركز المعالج على أنشطة المريضة ومشاركتها الحياتية (من خلال زيادة استراتيجيات الأدوار التعويضية) والتطوير والتعليم من خلال العلاقة العلاجية، وفهم التطور التاريخي للحالة وثبات المعتقدات الجوهرية ثم تطوير هذه المعتقدات من خلال الوسائل المنطقية والتجريبية.
(Beck et al, 1990; Layden et al, 1993; Young 1990)

٩- الفصام: العلاج المعرفي هو علاج مساعد مع العلاج الدوائي، ويركز العلاج على التفسيرات البديلة للحالات الذهانية المختلفة.
(Chadwick & Lowe,1990; Kingdon & Turkington,1994; Perris et al, 1993)

١٠- المشاكل الزوجية: يركز العلاج على أن الشخص يتحمل المسؤولية تجاه تغيير أفكاره وتوقعاته وتفسيره لتصرفات الآخر وسلوكه تجاهه.
(Baucom & Epstein, 1990; Beck, 1988; Dattilio & Padesky, 1990)

١١- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: يستخدم العلاج المعرفي كعلاج مساعد مع العلاج الدوائي. يركز العلاج على التعرف المبكر على نوبات الهوس أو الاكتئاب، والاستراتيجيات التي ينبغي اتباعها للتعامل مع هذه النوبات، وتنظيم نوم المريضة وغذائها ومستوى نشاطها، والتقليل من قابلية المريضة للتأثر بالعوامل المثيرة والمسببة لحدوث النوبات والتشجيع على الالتزام بالدواء.
(1994 ، Williams & Adams ،Palmer)

ولقد ذكرت هذه البنود المختصرة لتشجيع القارئ أن يبحث عن تدريب إضافي (إما بطريقة رسمية أو من خلال التعليم الذاتي) لمعالجة الاضطرابات المعقدة، والتي تتطلب تحويرًا وتغيرًا من طرق العلاج المعرفي القياسية.

والخلاصة: إن خطة العلاج الناجحة تتطلب تشخيصًا صحيحًا للحالة، وتكوين مفهوم معرفي صلب عن الحالة ووضعها في مصطلحات معرفية مع وضع حالة المريضة الفردية ومشاكلها في الاعتبار. ويفصل العلاج على حسب حالة المريضة ويضع المعالج خطة عامة للعلاج، وكذلك خطة خاصة لكل جلسة على حدة، واضعًا في اعتباره النقاط الآتية:

- ١- تشخيص حالة المريضة.
- ٢- تكوين مفهوم معرفي عن صعوباتها (يشرك معه المريضة في تكوين المفهوم).
- ٣- أهداف المريضة من العلاج.
- ٤- أكثر المشاكل إلحاحًا وإزعاجًا بالنسبة للمريضة.
- ٥- أهداف المعالج من العلاج.
- ٦- المرحلة العلاجية.
- ٧- صفات المريضة وقدرتها على التعلم.
- ٨- دوافع المريضة.
- ٩- طبيعة وقوة التحالف العلاجي.

ويطور المعالج خطة عامة للعلاج مطورًا إياها خلال الجلسات وخطط خاصة قبل وفي أثناء كل جلسة.

تحليل مشكلة ما

أ- مواقف المشكلة:

- الموقف < الأفكار التلقائية - المشاعر - السلوك والتفاعلات الفسيولوجية
الجلوس فى المكتبة < لن أستطيع فهم ذلك وحدى < حزن < التوقف عن
المذاكرة غير وارد.
- أنا لا أفهم.
- لن أستطيع فهم ذلك أبداً.
- سوف أرسب.
المذاكرة فى الغرفة فى المساء < لا فائدة < حزن < ترقد على السرير <
تبكى.

ب- السلوك السلبي:

- تقلب فى المواضيع بسرعة حينما تكون قدرتها على الاستيعاب ضعيفة
أو تتوقف كلية عن المذاكرة.
- عدم الاستجابة الصحيحة للأفكار التلقائية.
- عدم سؤال الآخرين المساعدة.

ج. التشوش المعرفى:

- تعزى الأمور إلى ضعف فى شخصيتها بدلا من حالة الاكتئاب، التى
تعانيها.

- تفترض أن المستقبل بلا أمل.
- تفترض أنها ضعيفة ولا تستطيع عمل أى شيء حيال المشكلة.
- دائماً ما تعادل بين قيمتها فى الحياة وإنجازاتها.

د- الاستراتيجيات العلاجية:

- ١- حل المشكلة: الانتقال إلى درس آخر أكثر سهولة، وخصوصاً إذا تعذر الفهم بعد القراءة الثانية. فكرى فى طريقة لطلب المساعدة من الأستاذ أو المساعد أو المدرس أو زميل. إنشاء بطاقات التكيف فى أثناء الجلسة لتقرأ قبل أو فى أثناء الاستذكار.
- ٢- رصد المزاج: استخدمى رصد الأنشطة وقدرى المزاج فى ساعات الاستذكار (من صفر - ١٠) أى شدة القلق والحزن حينما تزيد درجة القلق عن ٣ دونى أفكارك التلقائية.
- ٣- استخدام الأسئلة السقراطية لتقييم الأفكار التلقائية. علم المريضة استخدام سجل الأفكار التلقائية.
- ٤- حاول اكتشاف المعانى الخبيثة للأفكار التلقائية. ضع الصيغة الشرطية (إذا..... إذن) ثم صغ واختبر.
- ٥- إذا كان مناسباً استخدم المتصل المعرفى Cognitive Continuum لتوضيح أن الإنجاز فى تواصل مستمر، وبدلاً من أن يكون إما الكمال أو الفشل.

الشكل ١٦ - ٢ تحليل المشكلة

الفصل السابع عشر

مشاكل العلاج

يواجه المعالج المعرفي بعض المشاكل من أنواع مختلفة، وحتى المعالج المتمرس الذي يمتلك أدوات العلاج المعرفي قد يواجه في بعض الأحيان بعض الصعوبات المتعلقة بتأسيس التحالف العلاجي، وصياغة مشاكل المرضى بطريقة دقيقة، والعمل بثبات تجاه الأهداف المقصودة. ولذلك لا يكون هدف المعالج هو تجنب المشاكل على الإطلاق، وإنما العمل على التعرف عليها وأسباب حدوثها وكيفية التعامل معها وحلها.

وإنه لمن المفيد أن ينظر إلى المشاكل الطارئة على أنها فرصة لكي يعيد المعالج صياغته للمريضة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المشاكل التي تطرأ في أثناء عملية العلاج تقدم فكرة عن المشاكل التي تواجهها المريضة خارج مكتب المعالج. وأخيراً، فإن مقابلة صعوبات مع المريضة كثيراً ما تعطي فرصة للمعالج لكي يحسن من قدراته على المرونة والابتكار، وأن يكتسب خبرة وفهما إضافيين في التعامل مع مرضى آخرين؛ لأن المشاكل يمكن أن تنشأ، ليس فقط من سمات معينة في المريضة بل لنقاط ضعف في المعالج نفسه، وسوف يتناول هذا الفصل كيفية اكتشاف وجود المشاكل وكيفية تصنيفها ومعالجتها.

اكتشاف وجود المشاكل:

يمكن للمعالج أن يكشف النقاب عن وجود مشاكل علاجية بعدة طرق منها:

- 1- الاستماع إلى المردود العلاجي التلقائي من المريضة.
- 2- حث المريضة بطريقة مباشرة على التعبير عن المردود العلاجي، سواء عبرت عن وجود مشاكل ما بطريقة لفظية أو غير لفظية.
- 3- مراجعة تسجيل فيديو أو كاسيت مع زميل أو مشرف أو مع نفسه.

٤- تتبع التقدم في حالة المريضة طبقاً للأهداف الموضوعية نصب عينيه، وكذلك تقرير المريضة عن تقدم حالتها.

ولكن أسهل طريقة للتعرف على المشاكل التي تنشأ في العلاج هي إفصاح المريضة عن المشكلة بطريقة مباشرة (مثلاً: دكتور أنا حاسة إنك مش فاهم قصدى بالضبط) أو (أنا فاهمة اللي إنت بتقوله بالعقل بس مش قادرة أهضمه). وكثير من المرضى يلحون بطريقة غير مباشرة إلى المشكلة (مثلاً: أنا فاهمة اللي حضرتك بتقوله بس مش عارفة إن كنت أقدر أعمل ده بأى طريقة ثانية) أو (حاحاول موحية بأنها لا تستطيع القيام بتنفيذ الفكرة).

وفي هذه الحالات يسأل المعالج المريضة بالتفصيل لكي يتأكد إذا كانت المشكلة قائمة فعلاً وما هي حجمها وتداعياتها.

وفي أحيان كثيرة لا يستطيع المرضى أن يفصحوا - سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة - عن وجود مشكلة في العلاج. ويستطيع المعالج هنا ان يكشف وجود مشكلة عن طريق الالتزام بالمقاييس العلاجية في أثناء الجلسات (وتشمل سؤال المريضة عن المردود العلاجي في نهاية الجلسة)، وكذلك عن طريق تفهم المريضة لعملية العلاج، واستنباط أفكار المريضة التلقائية حينما يلاحظ تحول في المشاعر خلال الجلسات.

فعلى سبيل المثال شعر المعالج في إحدى الجلسات أن سالى قد أظهرت بطريقة غير لفظية (مثل نظراتها الشاردة وتململها في مقعدها) أنها لم تستوعب بالضبط ما كان يقوله لها أو إنها لم تكن موافقة تماماً على ما يقوله. ولقد أراد التأكد من نظريته بطرق عدة: أولاً وكما هو قياسي مع كل مريض سأل سالى أن تلخص ما دار في أثناء الجلسة أو حاول هو فعل ذلك، وكذلك طلب منها أن تقدر ما هو قدر اعتقادها في هذا الملخص (مثلاً: سالى إحنا دلوقت كنا بنقول انك مش مسئولة عن الظروف الوحشة اللي والدك بيمر بيها دلوقت حتى لو كنت سافرت

وابتعدت عنه. يا ترى قد إيه إنتى مقتنعة بالكلام ده دلوقتى؟). وكذلك يؤكد المعالج على تفهم سالى لبعض النقاط أثناء الجلسة العلاجية (مثلاً: أظن واضح دلوقتى لييه والدك وصل للنقطة دى، ممكن تصيغى الكلام ده بلغتك إنتى؟). كذلك يتأكد المعالج من استنباط المردود فى نهاية الجلسة (مثلاً: فيه حاجة أنا قلتها النهارده ضابقتك أو أثارت اهتمامك، أو أى حاجة تعتقدى إنى عبرت عنها بدقة). لأنه خمن أن سالى ربما تتردد فى أن تعطيه مردودًا سلبيًا ولقد سألتها أيضًا عن جزء محدد من الجلسة وحاول معرفة رد فعلها خصوصًا أنه خمن أن هذا الجزء من الجلسة لم يلاق مردودًا إيجابيًا لديها. (إيه رأيك لما قلت لك إنك لازم تبقى حازمة مع والدك؟.. يا ترى تقدرى تقولى لى إن كان ده أزعجك؟). وأخيرًا، فإنه يمكن أيضًا للمعالج أن يحاول اكتشاف وجود مشكلة ما فى الجلسة القادمة. ويقع هذا الاستعلام طبيعيًا فى الجزء الذى يحاول فيه المعالج ربط الجلسة بالجلسة السابقة. فمعالج سالى مثلاً قد استمع إلى تسجيل صوتى للجلسات، ولقد دفعه التغير فى نبرات صوتها عند نقطة ما إلى أن يسأل سالى عن ذلك فى الجلسة القادمة (سالى أنا عاوز أسالك عن شعورك لما سألتك عن علاقتك بوالدك المرة اللى فاتت؟) ولما كانت المريضة غير حازمة فى الإجابة وجّه إليها السؤال بطريقة أكثر مباشرة (يا ترى حسيتى إنى ضغطت عليكى شوية أو حسستك إنك ما كنتيش مخلص لوالدك؟).

والخلاصة، أن المعالج ينظر فى بحث مشكلة ما عن طريق مراجعته لتفهم المريضة، أو السؤال عن المردود العلاجى.

وقد لا يكون المعالج المبتدئ واعيًا أو مدركًا بوجود مشكلة ما فى العلاج أو يكون غير قادر على تحديد المشكلة بدقة، وعليه أن يستأذن المريضة فى إجراء تسجيل للجلسات ليراجعها بعد ذلك مع معالج أكثر خبرة فى العلاج المعرفى. والحصول على موافقة المريضة لا تحل مشكلة كبيرة خصوصًا إذا أقتنعا المعالج أن ذلك لصالحها (سالى: أنا عادة بأسجل جلساتى مع المرضى علشان أرجعها بعد كده بينى وبين نفسى علشان أشوف إزاي أطور خطط العلاج، وأحيانًا أسترجعها

مع زميل أو مشرف علشان أستفيد من خبرته، يا ترى عندك مانع؟).

ويمكن للمعالج أيضاً أن يكشف وجود المشكلة بتتبع تطور المريضة، وذلك بجعل المريضة تجيب على بعض الاختبارات السيكولوجية مثل اختبار بك للاكتئاب (انظر الملحق د) على فترات (كل أسبوع مثلاً) أو يجعل المريضة تقدر مزاجها على مقياس من صفر إلى ١٠ (انظر الفصل الثالث) في بداية كل جلسة، ذلك يساعد كل من المعالج والمريضة على معرفة تطور الحالة؛ فإذا لم تتحسن المريضة فإن المعالج يضع هذا الموضوع في أجندة الجلسات محاولاً معرفة سبب عدم التحسن.

وأخيراً، فإن المعالج يحاول دائماً أن يضع نفسه مكان المريضة، لكي يرى كيف تنظر المريضة إلى العالم من حولها وما هي المعوقات التي يمكن أن تقف عائقاً في طريق تقدمها (مثلاً: إذا كنت سالى، يا ترى حاشعربايه أثناء العلاج؟ حاشعربايه لما المعالج يقول لى كذا أو كذا).

صياغة المشكلة:

وبعد التعرف على وجود مشكلة ما، يحاول المعالج أن يكون مفهوماً لديه عن المستوى الذى حدثت فيه المشكلة.

١- هل هى مجرد مشكلة تقنية؟ هل تم تطبيق طريقة غير مناسبة أو تم تطبيق التكنيك بطريقة خاطئة؟

٢- هل هى مشكلة أكثر تعقيداً فى أثناء الجلسة ككل؟. وهل استطاع المعالج مثلاً أن يحدد بدقة مشكلة إدراكية إلا أنه فشل فى طريقة علاجها وتصحيحها؟

٣- هل هناك مشكلة مستمرة على مدار الجلسات، كأن يكون هناك خلل فى التعاون بين المعالج والمريضة؟

وغالبًا ما تحدث المشكلات فى شكل من الأشكال التالية.

- ١- التشخيص والصياغة وخطة العلاج.
 - ٢- التحالف العلاجي.
 - ٣- تركيبه الجلسات والمسافات الزمنية بينها.
 - ٤- تأهيل المرضى للعلاج.
 - ٥- التعامل مع الأفكار التلقائية.
 - ٦- مصاحبة الهدف العلاجي خلال وعبر الجلسات.
 - ٧- تحليل المرضى لمحتويات الجلسة واستيعابها.
- والأسئلة التالية قد تساعد المعالج والمشرف العلاجي لتحديد طبيعة المشكلة العلاجية، وبعد ذلك يكون فى استطاعتها أن يكونا مفهومًا، وأن يضعوا الأولويات واختيار مشكلة أو أكثر للتركيز عليها.

التشخيص والصياغة وخطة العلاج:

التشخيص:

- ١- هل لدى تشخيص على المحاور الخمسة لدليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكى الرابع؟
- ٢- إذا صح، هل التشخيص المبدئى والثانوى فى الترتيب الصحيح؟
- ٣- هل يمكن أن تكون المريضة مصابة بمرض عضوى غير مشخص؟
- ٤- هل الاستشارة الطبية مطلوبة لهذه الدرجة؟

الصياغة وتكوين المفهوم:

- ١- هل استطعت أن أصوغ المشكلة بدقة.

٢- هل يمكن أن أعبر كتابة عن الأفكار التلقائية والمشاعر، والسلوكيات، والاستجابات الفسيولوجية تجاه المواقف الحالية مرتبطاً مع تاريخها، ومعتقداتها واستراتيجياتها؟

٣- هل نقحت صياغتي باستمرار كلما حصلت على معلومات جديدة؟

٤- هل أشركت معي المريضة في صياغتي لمشكلتها في الوقت المناسب؟

٥- إذا كان ذلك صحيحاً، فهل الصياغة وجدت صدقاً في الواقع لدى المريضة؟

التخطيط للعلاج:

١- هل وجهت العلاج منذ البداية نحو اضطراب المحور الأول من دليل تشخيص الأمراض النفسية (Axis I).

٢- هل حورت في العلاج المعرفي القياسي لمريض المحور الأول (أو المحور الثاني)؟ هل استخدمت صياغتي ومفهومي للمريضة حتى أفصل العلاج ليناسب حالتها؟

٣- هل فكرت في تغييرات عظمى في حياة مريضتي حينما شعرت أن العلاج وحده لن يجدي؟ (يمكن أن يحدث ذلك حينما تكون المريضة منخرطة في علاقة مدمرة، أو تكون ظروف حياتها غير محتملة، أو يكون عملها غير مناسب لها على الإطلاق).

٤- هل أنا خطت بطريقة صحيحة لتعليم المريضة مهارات جديدة ضرورية؟

٥- هل أشركت أحد أفراد الأسرة في العلاج إذا احتاج الأمر ذلك؟

التحالف العلاجي:

التعاون:

- ١- هل هناك تعاون حقيقى بينى وبين المريضة؟ هل نعمل كفريق؟ هل نعمل نحن الاثنين بجدية؟ هل نشعر بأننا مسئولون عن التحسن؟
- ٢- هل نشترك سوياً فى اتخاذ القرارات؟ هل ناقشنا بنجاح موضوعات معينة مثل الواجب المنزلى، توزيع الوقت على بنود الأجنده؟ هل غطينا المواضيع الأكثر أهمية بالنسبة للمريضة؟
- ٣- هل قدمت المريضة لمستوى معين من الالتزام والانتظام فى الجلسات العلاجية؟
- ٤- هل اتفقنا على أهدافها وأهدافى من العلاج؟
- ٥- هل قدمت مبررات لتدخلاتى العلاجية والواجبات المنزلية؟

المردود العلاجي بالنسبة للمريضة:

- ١- هل سألت المريضة فعلاً عن المردود العلاجي للجلسات؟
- ٢- هل شجعت المريضة أن تعبر عن شكوكها وتقييمها؟
- ٣- هل رصدت مشاعر المريضة فى أثناء الجلسات، وسألت عن الأفكار التلقائية حينما لاحظت تحولاً فى المشاعر؟

رؤية المريضة للعلاج:

- ١- هل لدى المريضة نظرة إيجابية عنى وعن العلاج؟
- ٢- هل هى تعتقد إلى حد ما أن العلاج يمكن أن يساعدها؟
- ٣- هل هى ترانى كمعالج متمكن ومتعاون ومهتم؟

تفاعل المعالج:

- ١- هل أنا فعلاً مهتم بهذه المريضة؟ وهل شعرت بذلك الاهتمام؟
- ٢- هل أنا كفاء لمساعدة هذه المريضة؟ وهل هي أحست بذلك؟
- ٣- هل لدى مشاعر سلبية تجاه هذه المريضة، أو تجاه نفسى بالنسبة لهذه المريضة؟ وهل حاولت تقييم هذه المشاعر والتعامل معها؟
- ٤- هل أرى مشاكل التحالف العلاجي كفرصة للتطور وليس لتبادل الاتهامات؟
- ٥- هل استطعت أن أخطط لنظرة متفائلة وموضوعية عن مدى ما يمكن أن يقدمه العلاج من مساعدة؟

تركيب الجلسة العلاجية ومواعيدها:

الأجندة:

- ١- هل أعددتنا أجندة خاصة؟
- ٢- هل فعلنا ذلك بتعاون وشارك كلانا في إعدادها؟
- ٣- هل أعددتنا الأجندة على عجل؟
- ٤- هل استطاعت المريضة أن تسمى بنود الأجندة بكلمات قليلة بدلاً من وضعها في عبارات تفصيلية مطولة؟
- ٥- هل أعطت المريضة أسماء لمواضيع الأجندة بدلاً من مناقشة البنود نفسها (أى لديها نظرة شمولية عن الموضوع)؟
- ٦- هل رتبنا بنود الأجندة حسب الأولويات؟
- ٧- هل تم توزيع الوقت بالتعاون لكل بند؟

٨- هل قررنا معًا البنود التي ستناقش أولاً؟

التوقيت وتنظيم الوقت:

- ١- هل رصدت كم قضينا من الوقت في العلاج؟
- ٢- هل كررنا وقضينا وقتًا مناسبًا لعناصر الجلسة القياسية مثل فحص الحالة المزاجية ومراجعة الواجب المنزلي ومناقشة بنود الأجنحة والمراجعة الدورية والمردود؟
- ٣- حينما يتخطى بند من بنود الأجنحة الوقت المخصص له، هل كنا نقرر سويًا إما الاستمرار في مناقشة هذا البند أو التحول لبند آخر؟
- ٤- إذا ظهر موضوع مهم ليس موجودًا في الأجنحة الأصلية، هل كنا نقرر سويًا ماذا ينبغي أن نفعل؟
- ٥- هل كنا نمضي وقتًا طويلًا في مناقشة مواضيع غير مهمة؟
- ٦- هل كنت أقود المريضة وأقاطعها بلطف لكي تتحول مناقشاتنا إلى موضوعات أكثر أهمية؟
- ٧- هل كنا نترك وقتًا كافيًا في نهاية الجلسات لكي نلخص النقاط المهمة، ولكي نسمح للمريضة أن تكتب ملخص الجلسات، وكذلك أتأكد من أن المريضة قد تفهمت واستوعبت الواجب المنزلي والغرض منه، ومعرفة ردود أفعالها والتجاوب مع هذه الردود.
- ٨- هل كنت أنظم الجلسات بحيث كانت هناك دائمًا فرصة لإخماد المعتقدات الجوهرية والتقليل من المشاعر السلبية، حتى لا تغادر الجلسة وهي متوترة.

تهيئة المريضة للعلاج المعرفى:

النموذج المعرفى:

- ١- هل تفهم المريضة وتوافق على مفهوم النموذج المعرفى؟
- ٢- هل تفهم المريضة أن الأفكار المشوشة هى من أعراض مرضها؟
- ٣- هل تعتقد أن أفكارها حول موقف معين يمكن أن تكون مشوهة؟
- ٤- هل تدرك أن الأفكار المشوهة تؤثر على مشاعرها، وبالتالي تصرفاتها بطريقة سلبية؟
- ٥- هل تعتقد أنه من الممكن أن تتحسن وتتصرف بطريقة أكثر تكيفاً إن استطاعت تقييم أفكارها السلبية وتقويمها؟
- ٦- هل تعتقد أنها قادرة على التغيير؟
- ٧- هل هى مستعدة أن تقوم بالتغيير اللازم؟

التوقعات:

- ١- ما توقعات المريضة عن نفسها وعننى فى عملية العلاج؟
- ٢- هل تعتقد أنها يجب أن تكون قادرة على حل مشاكلها بسرعة وبسهولة؟
- ٣- هل تتوقع منى أن أحل لها مشاكلها؟
- ٤- هل تعتقد أن بالإمكان حل مشاكلها؟
- ٥- هل تتفهم دورها ومسئولياتها فى العلاج؟
- ٦- هل تفهم أن عليها أن تقوم بدور إيجابى؟

- ٧- هل تتعاون بسهولة؟
- ٨- هل تفهم أن عليها أن تتعلم بعض المهارات والوسائل، وأن تستخدمها في الوقت المناسب؟
- ٩- هل تخشى حل مشاكلها الحالية لأنها سوف تواجه مشاكل أخرى أكثر خطورة (مثل اختيار مستقبلها العلمي وقرارات العلاقات وغيرها)؟

توجه حل المشاكل:

- ١- هل تحدد المريضة مشاكل معينة للعمل على حلها؟
- ٢- هل نعمل فعلاً على حل المشاكل بدلاً من العيش في أجوائها؟
- ٣- هل تضع المريضة أهدافاً محددة؟ وهل هي أهداف واقعية؟
- ٤- هل تفهم المريضة كيف أن العمل في كل جلسة له علاقة بهذه الأهداف؟
- ٥- هل هي تريد أن تغير من شخص آخر بدلاً من نفسها؟

الواجب المنزلي:

- ١- هل تكمل المريضة واجبها المنزلي بعناية؟
- ٢- هل تراه ذلك اختيارياً أم ضرورياً؟
- ٣- هل تكمل الواجب المنزلي فقط لترضييني؟
- ٤- هل تفهم المريضة أن الواجب المنزلي له علاقة بمحتوى الجلسات وأهداف العلاج عامة؟
- ٥- هل تفكر في العلاج خلال الأسبوع؟

٦- هل صمم الواجب المنزلى بحيث يناسب احتياجاتها الرئيسية؟

التعامل مع الأفكار التلقائية:

التعرف على الأفكار التلقائية واختيار الرئيسية منها:

١- هل استطعنا التعرف على الكلمات والخيالات والأفكار التي تدور في

ذهن المريضة حينما تكون منزعجة؟

٢- هل تعرفنا على كل الأفكار التلقائية ذات العلاقة؟

٣- هل اخترنا فكرة بعينها لنعمل على تقييمها في وقت ما؟

٤- هل اخترنا فكرة مرتبطة بانزعاج عاطفي؟

٥- هل اخترنا فكرة كانت إما معطلة أو تبدو مشوهة؟

٦- هل اخترنا فكرة بحيث إذا استطعنا تقويمها يمكن أن يساعد ذلك

المريضة للوصول إلى أهدافها أو حل مشاكلها؟ وهل كانت الفكرة

مهمة؟

الاستجابة للأفكار التلقائية:

١. هل اكتفينا فقط بالتعرف على الأفكار التلقائية أم كنا نقيمها ونتجاوب

معها؟

٢. هل كنت أتجنب الفكرة المسبقة أن الفكرة كانت مشوهة؟ هل كنت أفترض

دائمًا وأوحى للمريضة أن أفكارها سلبية دون العمل سويًا على تقييمها

والحكم عليها؟

٣. هل كنت أستخدم الأسئلة من البداية؟

٤. إذا كانت طريقة الأسئلة غير مجدية، هل حاولت استخدام طرق أخرى؟

٥. هل كنت أتجنب التحدى المبالغ فيه أو طريقة الإيحاء؟
٦. هل حاولنا تكوين استجابات بديلة معاً؟ وهل كنت متأكد من مدى اقتناع المريضة بها؟ وهل كان يساعد ذلك فى التخفيف من توترها؟
٧. إذا لم يفلح ذلك، هل كنا نلجأ لطرق أخرى لإزالة التوتر؟ وهل كنا نرجئ مناقشة الأفكار التلقائية لجلسات أخرى أحياناً؟

تأكيد التغيير المعرفى:

١. هل كتبت المريضة أفكارها وفهمها الجديد للأشياء؟
٢. هل استطعنا التعرف على التشوه المعرفى؟
٣. هل اكتشفنا إذا ما كانت لدى المريضة تشوهات معرفية فى الماضى ومن المحتمل أن يكون لديها هذه التشوهات فى المستقبل؟

إنجاز الأهداف العلاجية أثناء الجلسات وبينها:

- تحديد الأهداف العلاجية العامة وأهداف كل جلسة:
- ١- هل عبرت بطريقة جيدة عن هذه الأهداف للمريضة (إذا لم تكن هى قد حددتها)؟ وهل هى توافق على هذه الأهداف (مثلاً: أن نتعلم استخدام سجل الأفكار التلقائية، وتغير الطريقة التى تقضى بها وقتها، وتتعلم وسائل مختلفة لخفض التوتر)؟
- ٢- هل قسمنا هذه الأهداف إلى أهداف مرحلية طبقاً للمرحلة العلاجية؟
- ٣- هل استخدمت هذه الأهداف لوضع وإعداد الأجندة؟
- ٤- هل استخدمت بنود الأجندة لكى أحقق أهدافى كلما أمكن ذلك؟
- ٥- فى جلسة محددة، هل استطعت مساعدة المريضة فى تحديد مشكلة مهمة

للتركيز عليها؟

٦- هل المشكلة مناسبة لمرحلة العلاج ومستوى أداء المريضة؟ مثلاً: هل المشكلة لها علاقة بمعتقد راسخ لدى المريضة حتى إنه لا يمكن تعديله في جلسة واحدة؟

٧- هل كرشنا الوقت المناسب لحل المشكلات وإعادة التركيبة المعرفية؟

٨- هل نعمل من خلال الواجب المنزلي على إحداث تغيير معرفي وسلوكي معاً؟

المحافظة على هدف متسق:

١- هل استخدمت طريقة الاكتشاف الموجهه *guided discovery* لكى

أساعد المريضة على التعرف على معتقداتها ذات العلاقة بالمشكلة؟

٢- هل يمكننى تحديد المعتقدات الأكثر والأقل جوهرية ومناقشتها من المريضة. (أى الأفكار محورية وأيها هامشية)؟

٣- هل أحاول اكتشاف العلاقة بين المشاكل الحديثة والمعتقدات المحورية، أو أننا نقفز من مشكلة إلى أخرى أو من فكرة إلى أخرى دون ربطها بالصياغة المعرفيه الكلية للمريضة؟

٤- هل نحن نعمل عملاً منسقاً مستمراً على معتقدات المريضة الجوهرية فى كل جلسة وليس مجرد علاج الأزمة الحالية؟

٥- حينما نناقش أحداث الطفولة، هل أساعد المريضة فى أن تترجم تفسيراتها إلى معتقدات؟

٦- هل أساعدها أن ترى كيف أن معتقداتها ذات علاقة بمشكلاتها الحالية؟

التدخل العلاجي:

- ١- هل أختار تدخلاتي العلاجية على أساس أهداف العلاج بالنسبة للجلسة وأجندة المريضة؟
- ٢- هل أحدد لنفسى بوضوح أفكار المريضة السلبية ولدى أفكار بديلة إيجابية يمكن أن تتعلمها؟
- ٣- هل اختبرت مدى انزعاج المريضة أو مدى اقتناعها بأفكارها التلقائية قبل وبعد التدخل العلاجي حتى أستطيع أن أحكم على مدى نجاح هذا التدخل العلاجي؟
- ٤- إذا كان هذا التدخل غير ناجح نسبيًا، هل غيرت اتجاهي وحاولت طريقة أخرى؟
- ٥- هل استطعت أن أكون مفهومًا عن أسباب فشل العلاج؟ هل حدث ذلك لأننى اخترت تكتيكًا محددًا غير مناسب لقوة اعتقاد المريضة بأفكارها السلبية؟

استيعاب المريضة لمحتويات الجلسة:

- ١- رصد مدى تفهم المريضة.
- ٢- هل لاحظت (أو سألت المريضة أن تلخص) باستمرار فى أثناء الجلسات.
- ٣- هل سألت المريضة إذا كان ما جرى فى الجلسة واضحًا لديها أو سألتها أن تلخص ما فهمته بكلماتها هي؟
- ٤- هل أنا واع للتفاعل غير اللفظي الذي يوحى بأن المريضة غير موافقة أو غير مستوعبة؟

صياغة مشاكل الفهم والاستيعاب:

- ١- هل راجعت نظريتي عن المريضة؟
- ٢- إذا كانت تجد صعوبة فى فهم ما أحاول التعبير عنه؛ فهل يمكن أن يكون هذا بسبب خطأ قد ارتكبته؟
- ٣- هل الصعوبة فى الفهم ترجع إلى مستوى التعقيد؟ أو عدم مقدرتى على توضيح الأمور بدقة وبساطة؟ أو أن ألفاظى صعبة؟ أو كم المواد التى أقدمها دفعة واحدة فى الجلسة؟
- ٤- هل صعوبة الفهم ترجع إلى مستوى الانزعاج العاطفى والنفسى لدى المريضة فى أثناء الجلسة؟ أو للسرхан؟ أو للأفكار التلقائية التى تدور فى رأسها فى أثناء الجلسة؟

التأكيد على تعزيز التعلم:

- ١- ما الذى فعلته للتأكد من أن المريضة قد تعلمت المفاتيح الرئيسية فى عملية العلاج وحتى بعد انتهاء العلاج؟
- ٢- هل سجلت المريضة النقاط الرئيسية على شريط تسجيل أم فى مذكرات مكتوبة؟

نقاط التعثر:

فى بعض الأحيان تشعر المريضة بالتحسن خلال الجلسات المنفردة، ولكنها لا تظهر تقدماً خلال العلاج ككل أو على مدار سلسلة جلسات متتالية. ويمكن للمعالج المحنك على ضوء الأسئلة السابقة أن يفكر فى خمس مشاكل رئيسية؛ فإذا كان المعالج متأكداً من التشخيص وصياغة المشكلة وتفصيل الخطة العلاجية المناسبة للمريضة (وطبق الوسائل والطرق العلاجية بطريقة صحيحة)؛

فعلية أن يراجع مع نفسه أو مع مشرف علاجي أو زميل، النقاط التالية:

- ١- هل هناك تحالف علاجي متين بيني وبين المريضة؟
- ٢- هل لدينا فكرة واضحة عن أهداف المريضة العلاجية؟ وهل هي ملتزمة للعمل على تحقيق هذه الأهداف؟
- ٣- هل المريضة فعلاً مقتنعة بالنموذج الإدراكي أى أن أفكارها تؤثر على مشاعرها وسلوكها، وهل تعديل هذه الأفكار يمكن أن يؤدي إلى تعديل المشاعر والسلوك؟
- ٤- هل المريضة معدة أو مهيئة للعلاج المعرفي، هل تشارك في إعداد الأجنحة؟ وهل تتعاون في حل المشاكل، والواجب المنزلي، وتقدم مردوداً عن العلاج باستمرار؟
- ٥- هل تتدخل بيولوجية المريضة (مرض عضوى أو الآثار الجانبية للأدوية أو العلاج غير المناسب) أو ظروفها الخارجية (سوء معاملة من الوالدين، أو عمل شاق يتطلب أشياء كثيرة، أو مستوى لا يحتمل من الفقر، أو جريمة في محيطها) في تطور العلاج؟

التعامل مع المشاكل العلاجية:

يمكن للمعالج أن يضع في اعتباره واحدة أو أكثر من النقاط التالية اعتماداً على المشكلة التي تم التعرف عليها.

- ١- إعادة النظر بعمق في تشخيص الحالة وتقييمها.
- ٢- تحويل المريضة إلى طبيب باطني أو أعصاب إذا لزم الأمر.
- ٣- إعادة صياغة (أو تكوين المفهوم عن المريضة) كتابة ومراجعة ذلك مع المريضة نفسها.

- ٤- القراءة عن علاج مرضى المحور الأول للتشخيص المعتمد (الأمريكى مثلاً) أو مرضى المحور الثانى.
- ٥- سؤال المريضة عن المردود من ناحية العلاج والمعالج.
- ٦- إعادة التأكيد على أهداف المريضة من العلاج (ومراجعة المزايا والعيوب المحتملة من تحقيق هذه الأهداف).
- ٧- التعرف على أفكار المعالج التلقائية عن المريضة وعن خبرته العلاجية ومعالجتها.
- ٨- إعادة النظر فى النموذج المعرفى وإظهار أى شكوك أو عدم الفهم من جانب المريضة.
- ٩- إعادة النظر فى خطة العلاج (والنظر فى أى تحفظات من جانب المريضة على هذه الخطة).
- ١٠- إعادة النظر فى مسؤوليات المريضة ورأيها فى ذلك.
- ١١- التأكيد على إعداد الواجب المنزلى فى الجلسات وإنجازه خلال الأسبوع.
- ١٢- العمل باتساق على الأفكار التلقائية الرئيسية، والمعتقدات وربطها بالسلوكيات عبر الجلسات.
- ١٣- التأكيد على تفهم المريضة لمحتويات الجلسة العلاجية وجعلها تسجل النقاط الرئيسية فى كل جلسة.
- ١٤- بناء على متطلبات المريضة والفائدة العلاجية يمكن تغيير شكل الجلسات والمسافة الزمنية بينها وكمية المادة المتناولة خلالها. والصعوبة المتوقعة، ودرجة المواجهة التى يظورها المعالج والدرجة التى يكون فيها المعالج محرضاً أو ناصحاً أو معلماً أو التركيز النسبى على حل المشاكل.

وعلى المعالج أن يرصد أفكاره ومشاعره عندما يبدأ فى تقييم ومحاولة علاج المشاكل الناشئة فى أثناء عملية العلاج؛ لأن أفكاره ذاتها يمكن أن تتدخل بطريقة غير مشروعة فى طريقته فى حل المشاكل. وإنه لمن الوارد أن كل المعالجين - على الأقل فى بعض الأحيان - تتكون لديهم أفكار سلبية عن المرضى وعن العلاج وحتى عن أنفسهم كمعالجين.

ومن الافتراضات الشائعة التى تتكون لدى المعالجين وتمنعهم من إجراء التعديلات المناسبة فى العلاج الأمثلة الآتية:

(إذا قاطعت المريضة، سوف تظن أننى أتحكم فيها).

(إذا نظمت الجلسة بواسطة أجنده محكمة فقد تفوتنى أشياء مهمة).

(إذا سجلت الجلسة على مسجل فسوف أكون منتبهاً إلى نفسى أكثر من

اللازم).

وأخيراً، فإن المعالج الذى يقابل مشكلة فى العلاج لديه الخيار: فإما أن يضخم من المشكلة أو يلوم نفسه أو المريضة أو أنه يستغل هذه المشكلة لكى يحسن من مهاراته ومفاهيمه وخططه العلاجية ويطور من خبراته العلاجية وكيفية تفصيل الخطة العلاجية بما يناسب كل مريض على حدة.

الفصل الثامن عشر

نمو المعالج المعرفي

يعالج هذا الفصل باختصار الخطوات اللازمة لممارسة العلاج المعرفي القياسي. وكما سبق أن ذكرنا في الفصل الأول من هذا الكتاب، فإن عليك كمعالج معرفي أن تكتسب الخبرة الأساسية في تكنيكات العلاج. ولكي يتحقق ذلك حاول أن تطبقها أولاً على نفسك قبل تطبيقها على المريض (انظر الملحق د للمعلومات التي تمكن من الحصول على الاستمارات اللازمة للمرضى، والاختبارات المطلوبة، والكتيبات اللازمة). تطبيقك لهذه الخطوات ووضع نفسك مكان المرضى قد يساعذك على التعرف على المعوقات المختلفة (العملية والسيكولوجية) التي تتدخل في أمور مهمة مثل الالتزام بالواجبات المختلفة. وعلى أقل تقدير إذا أردت أن تكون معالجاً معرفياً ناجحاً؛ فعليك باتباع الآتي (إذا لم تكن قد قمت بذلك فعلاً).

- ١- ارصد مشاعرك و تعرف على أفكارك التلقائية حينما تشعر بالحزن.
- ٢- دوّن أفكارك التلقائية، وإذا أغفلت هذه الخطوة فأنت تحرم نفسك من فرصة اكتشاف الصعوبات التي تواجه المرضى حينما يطلب منهم تدوين أفكارهم مثل ضعف الحافز، وقلة الوقت والطاقة والأمل. فحينما تطلب مثلاً من مريض أن يلتزم بالواجب المنزلي يمكنك أن تعقد مقارنة بين نفسك والمريض. فيمكن أن تسأل نفسك: هل كنت سأجد صعوبة في عمل هذا الواجب؟ وما الذي كنت سأحتاجه لكي يكون لدى الحافز لعمله؟ وهل هذا الواجب معقول؟ وما الذي يمكن أن يقف في طريقي وأنا أحاول تنفيذه؟ وهل كنت سأفهمه إذا قد قدم إلي بهذه الطريقة؟ وهل على أن أقدمها على خطوات؟ وبمعنى آخر، فإن تقدمك كمعالج معرفي يمكن أن يتحقق إذا وضعت فهمك لنفسك والطبيعة البشرية بصفة عامة على طاولة العلاج..

٣- تعرف على أفكار التلقائية التي تعطلك عن تنفيذ الخطوة (٢) فأفكار مثل (ليس على أن أدون أفكارى التلقائية) أنا أعرف هذه الأمور، يمكن أن أحصرها فى عقلى). مثل هذه الأفكار تعوق تطورك كمعالج معرفي، والاستجابة التكيفية الجيدة لمثل هذه الأفكار يمكن أن تسلم بحقيقتها جزئياً ولكنها تؤكد ميزة التصرف حيالها بطريقة مختلفة:

(صحيح أنه يمكننى أن أستمّر كعلاج معرفي دون أن أطبق طرق العلاج على نفسى، لكن بالتأكيد سوف أكون أفضل لو دونت أفكارى التلقائية، سوف أتفهم الصعوبات التي تواجه مرضاى حينما يطلب منهم ذلك، فإذا حاولت تدوين أفكارى فسوف أتخيل مشاعرهم وأحدد طبيعة و عناصر المشكلة على أيه حال، إنها لن تكلفنى أكثر من دقيقتين).

٤- بمجرد أن تصبح خبيراً فى التعرف على أفكار التلقائية ومشاعرك، ابدأ بعمل استمارة الأفكار السلبية (DTR) فى يوم تلاحظ فيه أن مشاعرك تتغير. ولكن إن لم تكن أفكارك مشوشة أو سلبية بدرجة كبيرة أو إن كنت من النوع الذى تتكيف دائماً مع أفكارك السلبية وتصحبها، فإن عمل استمارة الأفكار السلبية (DTR) لا يساعد كثيراً فى الخروج من حالة الكآبة (وتذكر أن المعالج المعرفي لا يطمح إلى التخلص نهائياً من المشاعر السلبية ولكن يقلل من حدتها وتأثيرها على سلوك المريض). وعلى أية حال فسواء استفدت أو لم تستفد من استمارة الأفكار السلبية (DTR) فإن التدريب عليها سوف يساعدك كثيراً فى تدريب مرضاك عليها.

٥- املاً الجزء الأسفل من مخطط تكوين (صياغة) المفهوم المعرفي مستخدمًا مواقف تكون قد شعرت فيها بالحزن أو بالقلق، وإن كان لديك صعوبة فى تحديد الموقف أو التعرف على أفكارك أو مشاعرك أو كشف المعنى وراء أفكارك فعليك بإعادة قراءة الفصول الفنية فى هذا الكتاب.

٦- استمر فى ملء الجزء الأعلى من مخطط تكوين المفهوم وحينما تشعر بالضغط العصبى أنظر إن كان هناك موضوع فى عمود عدم الشعور بأنك محبوب، أو الإحساس بالعجز، وحالما تعرفت على معتقد جوهرى، املاً الأعمدة الأخرى.

٧- حينما تتعرف على المعتقد الجوهرى فى التمرين السابق ، املاً استمارة المعتقدات الجوهرية. اختبر تفسيرك للمواقف لكى تحدد ان كنت تحرف الدليل لكى تبرهن على اعتقاد خاطئ أو أنك تتجاهل الأدلة الأخرى التى تبرهن على عدم صحة اعتقادك. لاحظ أن هذا التدريب قد لا يغير من معتقداتك الجوهرية إذا كان لديك افكار معادلة يمكن تنشيطها عند اللزوم، و لكن إكمال الاستمارة سوف يجعلك على الأقل أكثر معرفة بها أو أكثر ميلاً لاستخدامها بطريقة فعالة مع المرضى.

٨- حاول تطبيق بعض الطرق أو التكنيكات الأساسية الأخرى:

مثل رصد الأنشطة وجدولتها وترديد العبارات الإيجابية عن الذات والاستجابة للتخيلات التلقائية والعمل بطريقة (كما لو) أو استمارة حل المشكلات وقراءة وكتابة البطاقات التكيفية وعمل مقارنات عن الذات فى أوقات مختلفة، وعمل المميزات والعيوب عند الإقدام على اتخاذ قرار ما.

٩- وبعد أن تكون قد جربت بعض الطرق الأساسية فى العلاج المعرفى مع نفسك، اختر حالة واضحة غير معقدة لمحاولتك الأولى فى العلاج المعرفى، لأنك إن اخترت مريضاً صعباً أو حالة معقدة فإن الطرق القياسية التى ذكرت فى هذا الكتاب ربما لا تكون مناسبة (انظر الفصل السادس عشر). ويعتبر المريض المثالى الأول للمعالج المبتدئ هو مريض مصاب باكتئاب

أحادى القطب، أو قلق نفسى أو عصاب تفاعلى دون وجود تشخيص على المحور الثانى (AXIS II) أى عدم وجود اضطرابات فى الشخصية. ويفضل اختيار مريض جديد بدلاً من اختيار مريض قد جربت معه طرق أخرى للعلاج، وأنه لمن المحبذ أن تعالج هذا المريض طبقاً للإرشادات الموجودة فى هذا الكتاب بطريقة نقية بقدر الإمكان. وهناك نقطة تحذير نقول: إن المعالجين ذوى الخبرة فى طرق علاجية أخرى غير العلاج المعرفى إنما يغريهم التراجع إلى التكنيكات التى تعلموها فى المدارس العلاجية الأخرى، وهذا ما يعطل التقدم فى العلاج المعرفى.

١٠- احصل على موافقة مكتوبة إن كنت تريد تسجيل الجلسات على أشرطة كاسيت أو فيديو. راجع هذه التسجيلات إما بفردك أو مع زميل أو مشرف علاجى وهذه المراجعة ضرورية لتطورك كمعالج و من الوسائل الأساسية لتقييم هذه التسجيلات هى كتيب مقياس العلاج المعرفى Cognitive therapy scale manual (انظر الملحق د) فهو يستخدم كثيراً من قبل المشرفين العلاجيين لتقييم المعالجين المتدربين ومتابعة تطورهم.

١١- استمر فى القراءة عن العلاج المعرفى ، وارجع إلى قائمة المراجع فى الملحق (ب) و(ج) تتأكد أنك قد قرأت الكتيبات والنشرات والكتب التى توجه للمرضى حتى تستطيع توجيهه مرضاك إلى القراءة العلاجية .Bibliotherapy

١٢- ابحث عن فرصة الإشراف أو التعليم إما محلياً أو من خلال معهد بيبك لأبحاث العلاج المعرفى (ملحق د).

١٣- وأخيراً، ينبغي أن تحرص على حضور المؤتمرات التي تعقدها الجمعية العالمية للعلاج المعرفي وجميعه تطور العلاج السلوكي والجمعية الأوروبية للعلاج السلوكي والمعرفي أو الجمعيات المحلية للعلاج المعرفي السلوكي (انظر الملحق د لمعرفة عناوين هذه الجمعيات).

ملاحق

ملحق أ

اسم المعالج: جوديث

اسم المريضة: سالى

التاريخ ١٠/٢

١- المعلومات التعريفية:

تبلغ سالى من العمر ١٨ سنة، طالبة جامعية فى السنة التمهيديّة تعيش مع الطالبات الجدد فى سكن الجامعة مع زميلة لها.

١- التشخيص (DSM – IV)

المحور الأول: نوبة اكتئاب عظمى، النوبة الأولى، متوسطة الشدة ٢

(٢٢-٢٩٦)

المحور الثانى: لا توجد اضطرابات فى الشخصية.

المحور الثالث: لا توجد أمراض عضوية.

المحور الرابع: ضغوط اجتماعية خفيفة (تترك البيت للمرة الأولى)

المحور الخامس: تقييم وظائف النفس الكلية: حاليًا ٦٠ العام الماضى ٥٥

٢ - العلامات الموضوعية:

جلسة ٧	جلسة ٦	جلسة ٥	جلسة ٤	جلسة ٣	جلسة ٢	جلسة ١	النتائج	
							٧	مقياس بك للاكتئاب
							٥	مقياس بك للقلم
							٥	مقياس بك لليأس
								اختبارات أخرى

الاتجاه العام للعلامات :

٣ - المشاكل الحالية والأداء العام:

تشكو المريضة من الاكتئاب و القلق و صعوبة التركيز، والرغبة في الانعزال، وكثرة النوم، لوم الذات. وهي تحضر الدروس ولكنها تعاني من صعوبة في الاستذكار وكمال واجباتها، تتفادى المشاكل مع رفيقة السكن.

٤ - التاريخ التطوري:

١ - التاريخ التطوري (الأسرى - الاجتماعي - التعليمي - الطبي -
النفسي - الوظيفي)

- هي الصغرى من اثنتين فى عائلة مترابطة.
- لها أصدقاء كثيرون.
- مستواها الدراسى متوسط، ولكنها تشعر بالقلق على الدرجات.
- لا توجد لديها مشاكل طبية مهمة، ليس لديها تاريخ مرضى نفسى سابق، التحقت بنجاح فى عمل لفترة واحدة العام الماضى.
- ب- العلاقات (الوالدان - الأخوة - الزملاء - أشخاص ذوى سلطة - آخرون)
- كانت الأم ومازالت كثيرة الانتقاد لها، الأب كان أكثر تشجيعاً، لكنه غائب معظم الوقت بسبب العمل.
- علاقتها حميمة جداً مع أخيها على الرغم من أن فارق السن خمس سنوات.
- تخاف المدرسين المتمزمتين.
- ج- الأحداث المهمة والصدمات:
- الأب يجادل كثيراً.
- مدرس صعب فى السنة الثانية الابتدائية (كنت خائفة منه طول السنة).
- دائمة التعرض للنقد واللوم من والدتها.
- دائمة الانتقاد لنفسها لأنها ليست مثل أخيها فى الدراسة.

٥- الجانب المعرفى:

أ- الجانب المعرفى المتطابق مع المريض

- ١- المشاكل الحالية / المواقف الإشكالية.
- استذكار الدروس وكتابة الأبحاث.
 - التطوع فى الدرس والاضطلاع بأعمال فى الحصة.
 - العزلة الاجتماعية.
 - عدم الاعتداد بالذات أمام المدرسين و زملاء السكن.
 - قضاء وقت طويل فى الفراش.
- ٢- الأفكار التلقائية، والمشاعر، والسلوك فى هذه المواقف.
- ما قدرش أعمل ده، أنا فاشلة، أنا عمرى ما حقدر أنجز حاجة هنا (حزن) خيفة أسقط فى الامتحان، خيفة مساعد الأستاذ يرفض يساعدى، أنا ممكن أفضل تمامًا (قلق).
 - أنا لازم أبذل مجهود أكثر، وأحسن من كده بكثير (إحساس بالذنب)
 - ب - المعتقدات الجوهرية.
 - أنا غير كفاء، أنا خائبة.
 - ج - المعتقدات الشرطية
 - إذا لم أعمل جيد جدًا، فسوف أفشل.
 - إذا لم أكن ناجحة فى الدراسة، فأنا فاشلة كإنسانة.
 - إذا سألت المساعدة من أحد، فمعنى ذلك أنى ضعيفة.
 - د - الأدوار (الواجبات والالتزامات المطبقة على النفس والآخرين)
 - لابد من أن أعمل جيد جدًا.

- لا بد من أن أصل إلى أقصى طاقتى وإمكانياتى.

- لا بد من أن أكون متقدمة.

٦- تكامل وصياغة الجانب التطورى والمعرفى:

أ - تكوين المفهوم عن الذات والآخرين.

ترى سالى نفسها كفاء فى بعض الجوانب، وغير كفاء وعاجزة فى جوانب أخرى، وهى تعظم من قدرات الآخرين (أختيها وأصدقائها) وتقلل من شأن نفسها.

ب - التفاعل بين أحداث الحياة و هشاشة الجانب الإدراكى.

إن سالى دائما معرضة لأن ترى نفسها فاشلة، وإن أمها التى كانت تنتقدها باستمرار قد دعمت لديها فكرة أنها غير كفوء، بالإضافة إلى ذلك فإن سالى دائما ما تقارن نفسها بأخيها المتفوق (لأنه يكبرها بخمس سنوات). دائما يفعل أى شىء أفضل منها.

ج- الاستراتيجيات التعويضية والتكيفية.

- تتوقع أداء أفضل من نفسها.

- تعمل بجهد شديد.

- متيقظة دائما لأخطائها.

- تتجنب طلب المساعدة.

د - نشوء المرض الحالى واستمراره.

بدأ الاكتئاب بعد مغادرة سالى للمنزل ومواجهة بعض الصعوبات فى الموارد الدراسية، ولقد أثر القلق على أدائها الدراسى والتحصيلى، وأصبحت تماما

دائمة اللوم لنفسها وغير سعيدة، وبدأت تتسحب تدريجياً من الأنشطة والناس ولقد ساعد ذلك على زيادة الاكتئاب عندها.

٧ - اتجاهات العلاج:

- أ- الصلاحية للعلاج المعرفي (قدر: ضعيف - متوسط - عال. و صنف الملاحظات إن وجدت).
- ١- التفكير السيكولوجي: مرتفع.
 - ٢- الموضوعية: مرتفعة.
 - ٣- الوعي: متوسط إلى مرتفع.
 - ٤- الاعتقاد في النموذج الإدراكي: متوسط إلى مرتفع.
 - ٥- سهولة التعرف على الأفكار التلقائية والمعتقدات ومدى مرونتها: متوسط.
 - ٦- التكيف: مرتفع.
 - ٧- روح الفكاهة: منخفضة / في تقلص.
- ب- نظام الشخصية: اجتماعية أو استقلالية.
- أعلى في الاستقلالية من الاجتماعية.
- تضع قيمة عالية للإنجاز، ترى أن طلب المساعدة هو بمثابة ضعف في الشخصية.
- متوسطة في الاجتماعيات، تحترم الصداقة، مهتمة برأى الناس فيها.
- ج- دوافع المريضة، وأهداف وتوقعاتها من العلاج.
- لديها دوافع، لديها توقعات غير واضحة عن العلاج ولكنها مقتنعة بفكرة أن تكون هي معالجة لنفسها.

الأهداف:

- تحسين الأداء الدراسى.
- تقليل القلق من ناحية الامتحانات.
- مقابلة أناس أكثر.
- الانضمام للنشاطات الجامعية أو إيجاد عمل لفترة واحدة.
- د - أهداف المعالج.
- التخفيف من نقد الذات.
- تعلم الوسائل المعرفيه الأساسية، وسجل الأفكار التلقائية.
- التقليل من الوقت الذى تقضيه فى الفراش.
- حل مشاكل الدراسة، والأبحاث، والامتحانات.
- هـ- الصعوبات المتوقعة وتحويل العلاج القياسى بما يناسب الحالة.
- لا يوجد.

ملحق (ب)

قائمة ببعض المراجع الأساسية في العلاج المعرفي للمعالجين:
كتب وفصول وعناوين في المجلات العلمية باللغة الإنجليزية:

BOOKS, CHAPTERS, AND JOURNAL ARTICLES

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283-298). New York: Plenum Press.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Fennell, M. J. V. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, &

- D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (169-234). Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, A. (Ed.). (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., & Arkowitz, H. (Eds.). (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York: Guilford Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.
- Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.). (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. New York: Routledge.
- Wright, J. H., & Beck, A. T. (in press). Cognitive therapy. In R. E. Hales, J. A. Talbott, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wright, J., Thase, M., Beck, A. T., & Ludgate, J. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

JOURNALS

Cognitive and Behavioral Practice. Published by the Association for Advancement of Behavior Therapy.

Cognitive Therapy and Research. Published by Plenum Press, New York.

Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly. Published by Springer, New York; also available through the IACP (see Appendix D).

The Behavior Therapist. Published by the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

NEWSLETTER

International Association for Cognitive Psychotherapy Newsletter. Available from the IACP (see Appendix D).

ملحق (ج)

قائمة ببعض القراءات في العلاج المعرفي للمرضى (والمعالجين)

- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1995). *Coping with depression* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1995). *Coping with anxiety and panic* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Bricker, D. C., & Young, J. E. (1991). *A client's guide to schema-focused cognitive therapy*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: William Morrow.
- Greenberg, R. L., & Beck, A. T. (1995). *Panic attacks: How to cope, how to recover* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press.
- McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief*. Oakland, CA: New Harbinger.
- McKay, M., & Fanning, P. (1987). *Self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions.
- Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton.

ملحق (د)

مصادر أساسية للعلاج المعرفي

TRAINING PROGRAMS

The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research in suburban Philadelphia offers intramural and extramural training programs.

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

THERAPIST AND PATIENT MATERIALS

The following may be ordered from the Beck Institute at the above address:

Patient pamphlets
Worksheet packets
Cognitive Therapy Rating Scale and Manual
Books, videotapes, and audiotapes by Aaron T. Beck, M.D.
Beck Institute Training Program Brochure
Beck Institute Educational Catalog
Information about the Cognitive Therapy Interactive Computer Program for Patients, developed by Jesse Wright, M.D., and Aaron T. Beck, M.D.

ASSESSMENT MATERIALS

The following scales and manuals may be ordered from The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, TX, 78204-9990, 1-800-228-0752:

Beck Depression Inventory and Manual
Beck Anxiety Inventory
Beck Hopelessness Scale
Beck Scale for Suicidal Ideation.

Beck Children's Inventories are in development and will be available in the future from The Psychological Corporation.

COGNITIVE THERAPY PROFESSIONAL ORGANIZATIONS

International Association for Cognitive Psychotherapy
Beck Institute for Cognitive Therapy
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

Association for Advancement of Behavior Therapy
305 Seventh Avenue
New York, NY 10001-6008
USA
Phone: 212/279-7970

European Association of Behavior and Cognitive Therapy
Rod Holland
Northwick Park Hospital & Clinical Research Centre
Watford Road, Harrow
Middlesex HA13VJ
United Kingdom

المراجع

- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 82-87.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657-694). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barlow, D., Craske, M., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 261-268.
- Baucom, D., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D., Sayers, S., & Scher, T. (1990). Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 636-645.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (in press). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with depression*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. J., & Wright, F. D. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*(6), 778-783.
- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Bedrosian, R. C., & Bozicas, G. D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guilford Press.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon.
- Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 550-556.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, *156*, 73-78.
- Bowers, W. A. (1993). Cognitive therapy for eating disorders. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 337-356). New York: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: Morrow.
- Butler, G. (1989). Phobic disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 97-128). New York: Oxford University Press.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, D., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 167-175.
- Casey, D. A., & Grant, R. W. (1993). Cognitive therapy with depressed elderly inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 295-314). New York: Guilford Press.
- Chadwick, P. D. J., & Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 225-232.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for*

- psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). New York: Oxford University Press.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 759-769.
- Dancu, C. V., & Foa, E. B. (1992). Posttraumatic stress disorder. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (79-88). New York: Plenum Press.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 414-419.
- Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through general guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283-297). New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 802-808.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277-314). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 463-469.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Schrodtt, G., Gilson, M., & Ludgate, J. (1993). Group cognitive therapy with inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 121-153). New York: Guilford Press.

- Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., & Arkowitz, M. (Eds.). (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Fremouw, W. J., dePerczel, N., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response*. New York: Pergamon Press.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmstead, M. P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 37-46.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolich, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 938-945.
- Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press.
- Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy (for social phobia). In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comparative handbook of treatments for adult disorders* (pp. 203-218). New York: Wiley.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 1-23.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry*, *1*, 89-95.
- Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief*. Oakland, CA: New Harbinger.
- McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, 20, 25-47.
- Miller, P. (1991). The application of cognitive therapy to chronic pain. In T. M. Vallis, J. L. Howes, & P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations* (pp. 159-182). New York: Plenum Press.
- Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions.
- Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21(3), 281-292.
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74.
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85.
- Palmer, A. G., Williams, H., & Adams, M. (1994). *Cognitive behavioral therapy in a group for bipolar patients*. (Manuscript submitted for publication).
- Parrott, C. A., & Howes, J. L. (1991). The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In T. M. Vallis, J. L. Howes, & P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations* (pp. 85-109). New York: Plenum Press.
- Perris, C., Ingelson, U., & Johnson, D. (1993). Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice* (pp. 379-402). San Francisco: Jossey-Bass.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice*. New York: W. W. Norton.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Rosen, H. (1988). The constructivist-development paradigm. In R. A. Dorfman

- (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317-355). New York: Brunner/Mazel.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17-37.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129-168). New York: Oxford University Press.
- Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. New York: Routledge.
- Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, 22, 469-477.
- Thompson, L. W., Davies, R., Gallagher, D., & Krantz, S. E. (1986). Cognitive therapy with older adults. In T. L. Bring (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 245-279). New York: Haworth Press.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. In J. Scott, M. G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 50-77). London: Routledge.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McClellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 1081-1086.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton Press.

المؤلف فى سطور

جوديث بيك

مديرة معهد بك للعلاج المعرفى والأبحاث فى فيلادلفيا. وأستاذة السيكولوجى فى الطب النفسى فى جامعة بنسلفانيا، حصلت على درجة الدكتوراه فى جامعة بنسلفانيا عام ١٩٨٢. وتدير دكتور جوديث بيك المهام الأساسية الثلاثة فى المعهد وهى: التدريس، والعلاج النفسى، والأبحاث، وهى حالياً تقسم وقتها بين الإدارة والتعليم والبحث العلمى والكتابة، وهى مستشارة فى كثير من أبحاث المعهد القومى للصحة النفسية، وكثيراً ما تقدم ندوات وورش عمل قومية وعالمية فى العلاج المعرفى للأمراض النفسية المختلفة. لها عديد من المؤلفات والكتب فى العلاج المعرفى، ويعتبر هذا الكتاب "العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد" هو أهم كتبها، ولقد ترجم إلى ١٣ لغة بما فى ذلك هذه النسخة العربية، وهى ناشرة كتاب "مرجع أكسفورد فى العلاج النفسى". شاركت فى تأليف كتاب "العلاج المعرفى فى اضطرابات الشخصية"، وأحدث كتبها هو:

"تحدى المشكلات ماذا تفعل إذا لم تنجح القواعد".

وتقد كتبت العديد من المقالات العلمية فى التطبيقات المختلفة للعلاج المعرفى.

ود. بيك فوق كل ذلك هى ابنة دكتور آرون بيك مؤسس نظرية العلاج المعرفى، ومشاركة له فى تأسيس أكاديمية العلاج المعرفى.

المترجم فى سطور

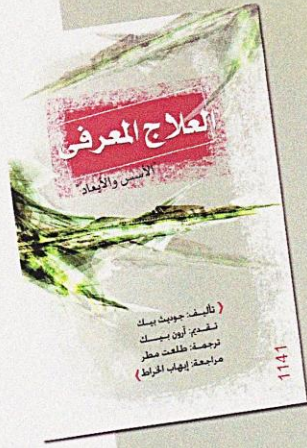
طلعت مطر تادرس

- مواليد ١٩٥٣
- تخرج من كلية الطب جامعة طنطا سنة ١٩٧٧.
- حصل على الماجستير فى الطب النفسى والأعصاب عام ١٩٨٣.
- حصل على الدكتوراه فى الطب النفسى عام ١٩٩٧.
- يعمل حالياً استشارياً ورئيس قسم الطب النفسى بمستشفى عبيد الله، وسيف بن غباش، بإمارة رأس الخيمة بدولة الإمارات العربية المتحدة.
- له العديد من الأبحاث والمنشورات فى الدوريات العلمية العالمية، كما شارك فى العديد من المؤتمرات العلمية بأبحاث مختلفة.

المراجع فى سطور

إيهاب الخراط

- بعد حصوله على ماجستير الطب النفسى من جامعة القاهرة حصل على الدكتوراه من جامعة كنت بإنجلترا عن دراسته المقارنة فى "فلسفة العلاج فى برامج إعادة تأهيل المدمنين".
- مؤسس ومدير برنامج الحرية من الإدمان والإيدز، والذى يضم عشرة مراكز علاجية وبرنامجًا تدريبيًا أوليًا.
- ألقى محاضرات فى العلاج والوقاية فى عدد كبير من دول العالم.
- قام بالتدريس فى جامعات لندن وكنت، وألقى محاضرات فى الولايات المتحدة وإسبانيا وروسيا وأوكرانيا وغيرها.
- الرئيس الحالى للتجمع العالمى للتعامل مع التعاطى والإدمان الذى يضم أعضاء من ٥٥ دولة.
- مارس العلاج المعرفى منذ ١٩٩٤، وقام بتدريسه وتطبيقه فى مجالاته المتنوعة.



يعد كتاب "العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد" واحداً من أهم مراجع العلاج المعرفي؛ حيث يخاطب المعالج المبتدئ الذي يريد التعرف على هذا النوع من العلاج. ويتضمن الكتاب تعريفاً بالمفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي والقواعد المتبعة وكيفية بدء العلاج مع المريض وإرشادات مسيرة العلاج حتى اكتمالها. وقد أوردت المؤلفة حالة لمريضة حقيقية كانت تحت هذا النوع من العلاج في أثناء كتابة الكتاب. موضحة الخطوات التي اتخذتها مع المريضة منذ بداية العلاج وحتى نهايته. ويشتمل الكتاب على معظم المفاهيم المعروفة في العلاج المعرفي؛ لذا فهو يعتبر مرجعاً أساسياً لا غنى عنه لمن يريد التعرف على هذا النوع من العلاج. ولقد تُرجم الكتاب إلى أربع عشرة لغة من بينها هذه الطبعة العربية.