

الفصل السابع

انتقاء التقنيات العلاجية

بعد جمع البروفايل الأنموذج Modality profile الذي يوجّه نحو القصورات في سلوكيات المريض، وردود أفعاله الانفعالية، والاحساسات، والتخيلات، والأفكار، والعلاقات البشخصية، والوظيفة البيولوجية، فإن المرحلة التالية هي كيف يتم انتقاء التقنيات العلاجية المناسبة للملائمة لحالة المريض؟ وبكلمة أخرى، أنت كمعالج، كيف تقرر أيّاً من المشكلات والنماذج تأخذ الأولويات في العلاج، وما هي الإجراءات الخاصة التي ستأخذ بها؟.

يوصي الدكتور أرنولد لازاروس، وهو مؤسس المدرسة العلاجية المتعددة الأوجه، أن يبدأ المعالج بالأساليب الأكثر منطقية ووضوحاً. ويلح العلامة واتزلاويك (١٩٧٨) WATZLAWICK على أن ملاحظة المريض الدقيقة لمحاولاته غير الناجحة الرامية لحل مشكلاته، فإننا نتمكن من تجنب مشكلة الحلول المؤقتة العابرة المرسخة. فنحن هنا نرغب في أن نتجنب الأدوية التي تصلح لجميع الأمراض Panacea، ولكن أيضاً نرغب في التغلب على أي نزوع وميل أن نجعل من المشكلات المباشرة في حالة تعقيد بلا طائل فإن كان المريض (متوتراً) فإن الترياق (الدواء المضاد) المناسب له هو (العلاج الاسترخائي). وإذا كان سلبياً بليداً، خجولاً، فنوصي له بالتدريب على تأكيد الذات. Assertive training. وإذا كان تفكيره خاطئاً ومعتقداته غير صحيحة، فلا بد من تطبيق تقنية العلاج العقلاني الانفعالي بتصحيح جهاز معتقده، وبنيتة المعرفية كمداخلة علاجية تأتي بالمرتبة الأولى.

هذا، وكما تكلمنا في الفصول السابقة، إن بروفايل الأنموذج يضع الشكاوي النوعية ضمن إطار العمل العام. وهكذا، فإذا كان هناك ما يدل على وجود تفكير ذهاني أو توهمي delusional بحيث أن المعتقدات الخاطئة هي جزء من هذا التفكير، حينئذ فإن الأدوية المضادة للذهان كالفينوتيازينات هي الخط الأول

العلاجي وليس تصحيح الأفكار الخاطئة ومناهضتها . وإذا اتضح أن التكتيك العلاجي الأكثر منطقية غير فعال ، حينئذ لا بد من المتابعة بإنشاء بروفيل الأنموذج ، أي ما أسميناه الترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID الذي يحدد الاستراتيجيات البديلة . وإن الحالة التالية توضح للقارئ القصد والمراد مما ذكرناه ، حيث نبين كيف أن التقنيات تتداخل مع بعضها البعض :

السيد (س) عمره ٣٢ سنة يشكو بأنه يعاني من : القلق ، وعادات طقوسية جبرية ، ومشكلات طبية ، منذ أن ترفع إلى مرتبة كبير العمال في مصنع قبل سنتين ، ووفقاً لرأي طبيبه (فإن المشكلات الطبية) كانت تعزى إلى حد كبير (للشدة والتوتر) - اضطرابات بدنية نفسية المنشأ - (يشكو من صداع شديد ، ونوبات التهاب كولون متكررة) . تزوج منذ قريب (يضاف الاضطراب الجنسي إلى لائحة شكاويه) كما أبان للمعالج .

خلال المقابلة الأولية ، كان المريض السيد (س) متوتراً ، وهذا ما دفع المعالج إلى تخصيص ١٥ دقيقة من الجلسة الأولى لتدريبه على الاسترخاء . وبالإضافة إلى ذلك أعطي تسجيلين صوتيين للتدريب البيتي على الاسترخاء والتغلب على الصداع . في نهاية الجلسة أعطاه المعالج استبيان القصة الحياتية ليكتبه (الملحق رقم ١ من هذا الكتاب) في داره .

خصصت الجلسة الثانية لمناقشة البنود الواردة في القصة الحياتية والتي تتطلب التوضيح ، في حين استمر التدريب على الاسترخاء والذي تركز خاصة على رقبته ، وكتفيه ، وفكيه ، والمنطقة الوجهية ، والبطن .

قبل الجلسة العلاجية الثالثة . تم إنشاء البروفايل الأنموذج التالي :

الأنموذج	المشكلات	التقنيات العلاجية المقترحة
السلوك (B) Behavior	الفحص الجبري (الفرن ، الأبواب ، العمل ... الخ) .	- الرصد الذاتي للسلوكيات . - منع الاستجابة الجبرية (أي الامتناع إرادياً عن تنفيذ السلوك الجبري) .
العاطفة (A) Affect	كظم العواطف والانفعالات أو الانفجارات العصبية	- التدريب على تأكيد الذات . - الأحاديث مع الذات المضعفة للغضب والمهذبة للذات . - التنفس البطني البطيء .
الإحساس (S)	- التوتر . - القذف المبكر خلال الجماع الجنسي (نادراً ما يتجاوز الجماع الجنسي دقيقتين)	- التدريب على الاسترخاء . - التدريب على إطالة عتبة القذف خلال الجماع .
التخيل (I)	صور سخرية ، عندما كان طفلاً ومراهقاً من قبل رفاقه في عمره	- إزالة التحسس المنهجي .
الأفكار (C)	- يستخدم الصيغ الجبرية الإلزامية (Shoulds musts) - يفرض مطالب على نفسه . - يحقر ذاته ، الميل إلى إتقان العمل وفرض هذا الإتقان على كل عمل يقوم به Perfectionist	- إعادة تركيب الأفكار وتصحيحها (تصويب الأفكار الخاطئة)
العلاقات البشخصية (I)	منافس في معظم الأوقات : ينخرط انخراطاً كبيراً من ممارسة القوة والسيطرة	- التدريب على كيفية خلق العلاقة الصداقية . - إعادة بناء العلاقة البشخصية .
الأدوية (D)	- يتعاطى دواء فالسيوم ٥ ملغم يومياً . - ودواء مرخي عضلي للصداع . - ودواء لوموتيل لالتهاب الكولون .	- التدريب على مهارات الاسترخاء . - المحاولة لإيقاف الأدوية .

إن بروفيل المريض المذكور يكشف عن معاناته من التوتر ، والقلق ، ومشاعر المنافسة والتحدي ، ومطالب إتقان العمل ، وعادات جبرية ، وشكاوى بدنية ، والسخرية منه من قبل رفاقه في السن خلال طفولته ودراسته الثانوية (في دراسته الابتدائية كان اليهودي الوحيد في حيّه المضاد للسامية) .

إن هذه الخبرات السلبية شجعت نزوعاته المُعاوضة التي أخذت صور طرق فرض المطالب على ذاته (Shoulds musts) والسلوكيات الجبرية ، الوسواسية . كان في الواقع يميل إلى كظم مشاعر غضبه أو أنه ينفجر غاضباً لأية إثارة بسيطة الأمر الذي يستدعي تدريب المريض على تقنية تأكيد الذات بحيث يستطيع التعبير عن مشاعره بصراحة ، وبأسلوب اجتماعي مقبول وليس بالانفجارات الانفعالية (Salter 1949, Rozarus 1980) .

ونظرة سريعة إلى بروفيل النموذج ، قد يثير عند فرد ما التساؤل الذي يقول : لماذا صُنّف البند (الكظم والانفجار) في أنموذج العاطفة Affection وليس في أنموذج السلوك B ؟ . وينسحب الأمر نفسه على (القذف المبكر) حيث صُنّف هذا الاضطراب في أنموذج الإحساس (S) بينما في حالة أخرى وُضع هذا الاضطراب في أنموذج العلاقة البشخصية (I) . والواقع أنه تضييع للوقت محاولة البت في الميدان الصحيح في تصنيف المشكلة واختيار الأنموذج المناسب لها في التصنيف . فالموقف الذي يتخذه المريض قد يفرض التصنيف الأوفق للمشكلة . وحيث أن المريض السيد (س) كان منزعجاً وبكاءاً عند الكلام عن ميله نحو كبت أو الإفراط في كظم مشاعره ، فقد ضُمّن المعالج هذه العناصر الانفعالية في أنموذج العاطفة . أما الدفق أو القذف المبكر Premature ejaculation (مشكلته الجنسية) فقد صُنّف في أنموذج الإحساس بسبب الطريقة التي عبر عنها المريض هذه المشكلة . فالمريض وصف ردود فعله الذاتية ، وكيف كان يشعر عندما يصل إلى ذروة الحتمية في دفق المني . هناك مرضى يفسرون ردود أفعالهم الحسية وينغمسون في انتكاساتهم البشخصية . (إن هذا الدفق المبكر السريع يزعج

زوجتي جداً) (أشعر وكأنني شخص جدير بالازدراء مع أن زوجتي لا تشنكي أبداً).

إن ما نقصده هنا ليس كل مشكلة يجب أن توضع في الأنموذج الملائم أو الأكثر ملاءمة، ولكن يتعين أن تصنف كل مشكلة مهمة في مكان ما المخطط أو اللائحة.

ففي العلاج المتعدد الأوجه، ليس من غير المألوف أن يعتمد المعالج إلى إجراء مداخلات علاجية نوعية خلال المقابلة الأولى . إذ ليس من الضروري أن ينتظر المعالج حصوله على جميع أساليب التقويم ونتائجها قبل البدء بإزالة الكرب عن المريض .

وكما ذكرنا في الفصل الثالث من هذا الكتاب، فخلال الأطوار من المقابلة الأولى مع المريض - من المفيد أن يكون تقرب المعالج بأسلوب مفتوح صريح، وحيادي، ومقبول، وفيما بعد يتعين على المعالج أن يحاول زيادة الألفة مع المريض من خلال الالتفات إلى توقعاته .

في المقابلة العلاجية التي ذكرناها مع السيد (س)، خلال ١٥-٢٠ دقيقة اكتشف المعالج، من خلال حركات المتعالم والوضعية التي اتخذها، أنه على درجة واضحة من التوتر، ومن ثم وصف ذاته أنه مشدود مثل (شد الطبل) . ومع سير المقابلة واستمرارها لم يظهر السيد (س) أية علامات (الارتخاء والاسترخاء) . وهنا طرح عليه المعالج استعداداه إلى تعليمه الاسترخاء فأجاب المتعالم بالإيجاب حيث، كما ذكرنا، خصص ١٥ دقيقة من وقت المقابلة لتعليمه الاسترخاء . أما في الجلسة الثانية كانت تتمحور حول جمع المزيد من الحقائق والمعلومات عن قصة المريض إضافة إلى مزيد من التدريب على الاسترخاء . وفيما بعد كان المعالج مستعداً لإضافة أنموذج آخر من المداخلات العلاجية .

في الجلسة الثالثة بدأت بذكر المريض لمتاعبه في العمل . إذ كان يتعرض ظلماً وتعدياً إلى النقد من قبل زميل له في العمل . وقد قرر المريض مقابلته

معتذراً وكاظماً مشاعره نحوه . وقد اعتبر المريض أن سلوكه كان ملائماً على عكس ما كان عليه أن يتصرف .

مع مزيد من السبر اتضح للمعالج أن المريض يعاني من قصورات متعددة في علاقاته الشخصية وعدوان سلبي . لذلك فقد بدأ المعالج يعلمه التدريب على تأكيد الذات . وانخرط معه في لعب الدور role-playing حيث رسم له استجابات بديلة عليه أن يظهرها المتعالج عند تعرضه للنقد في العمل . وتمحور تدريب تأكيد الذات على ألا يقول نعم عندما يرغب أن يقول لا ، أي أن يعبر عما يجول في مشاعره عندما يتعرض للنقد ، ولكن بدون تهجم أو عدوان . وفي نهاية الجلسة الثالثة ناقش المعالج مع المتعالج بروفيل الأنموذج الخاص به . وقد فتح المعالج له الباب ليبيدي رأيه في البروفيل وبخاصة الميادين التي فيها شكايي محذوفة .

هنا أضاف المريض (الاكتئاب) إلى النموذج الانفعالي لأنه كثيراً ما يشعر أنه منحط المزاج عندما تسير الأمور سيراً سيئاً في العمل ، وأيضاً عندما يكون تدقيقه الجبري بالأمر خارج يده لا يستطيع أن يمارسه . «ومن خلال تطبيق المهارات التأكيدية للذات في علاقاتك الشخصية ستلاحظ حكماً التحسن في علاقاتك مع الناس في العمل» هذا ما قاله المعالج للمريض .

ثم سأله المعالج فيما إذا كان يرغب في البدء بالتعامل مع عاداته الجبرية وطقوسه الوسواسية : « هل تفكر بأننا نستطيع البدء أولاً بعمل شيء حيال مشكلتك الجنسية ؟ فأنا أقترح عليك أن تستدعي زوجتك لحضور الجلسة العلاجية المقبلة بحيث نستطيع أن نضيف ما نسميه بتدريب العتبة Threshold training (Semans 1956) إلى التدريب على الاسترخاء وأيضاً التدريب على تأكيد الذات^(١) .

(١) نلاحظ هنا الأسلوب غير العادي المتبع . إذ أن المعالج لم ينتظر انتهاءه من أخذ كامل القصة المرضية من المريض ، ومن ثم وضع الخطة العلاجية خلال الجلسات التالية ، بل كان يدرسه على العلاج من خلال تعاقب الجلسات العلاجية حسب البروفيل الذي يسبره . ففي الجلسة الأولى دربه على الاسترخاء ، وفي الجلسة الثانية على تأكيد الذات ، وأعدّه في الجلسة الثالثة للتدريب على إطالة مدة الدفق في الجماع الجنسي والتعامل مع السلوك الوسواسي (المترجم) .

ففي العلاج المتعدد الأوجه ، إن انتقاء التقنيات العلاجية والتركيز على ميادين المشكلة المختلفة لا يستندان إلى الحُدس والعمل التخميني العشوائي كما أكد لنا ذلك العلامة ولسون (١٩٨٠) . فاختيار التقنيات غالباً ما يتبع منطقياً القضايا ، والمسائل الأساسية التي تظهر وتبرز خلال سير العلاج . فمثلاً عندما درب المعالج المريض وزوجته هنا (من أجل زيادة عتبة تأخير دفع المني) على تقنية (توقف ومن ثم باشر) ، (أي عندما يصل المريض إلى ذروة المتعة فيشعر بدنو القذف ، عليه أن يتوقف عن الجماع ويأخذ تنفساً عميقاً ، وأحياناً ، وهذا الأفضل ، أن يضغط بأصبعيه على خصيتيه ضغطاً غير مؤلم ، لتأخير القذف ، ومن ثم يعود إلى إيلاج قضيبه ويمارس الجماع ، ومن ثم يتوقف ويكرر ما ذكرناه ، وبهذه الطريقة يزيد من مدة جماعه الجنسي - المؤلف -) ، أفادت زوجته أن طقوساته الجبرية - الوسواسية تزيد من إزعاجاتها أكثر من ضعف قدرته الجنسية على إطالة مدة الجماع .

أما هو فكانت الأفضليات في المشكلات مختلفة عن زوجته ، ومع ذلك وافق على أن السلوكيات الجبرية كانت أكثر تعطيلاً لنشاطاته وحياته الزوجية لذلك اتفق المعالج مع المريض وزوجته أن يكون التدريب على إزالة السلوك الجبري في الجلسة الثالثة المقبلة (بروفيل الأنموذج أنشئ لزوجته أيضاً لأن المعالج وجد أنه نافع منهجياً للتعرف على ميادين سوء التفاهم والصراع مع زوجها اللذين قد يخربان العلاج) .

في علاج الاضطراب الوسواسي - الجبري ، أبانت الأبحاث أنه بالإضافة إلى طريقة إعادة تركيب البنية المعرفية (Cognitive restructuring) ، والطرق المختلفة المضعفة للشدة والتوتر (أي الاسترخاء ، وتشيت الانتباه ، وإيقاف الفكرة الوسواسية) . فإن منع الاستجابة تعد من أهم الاستراتيجيات الفعالة في علاج الطقوس الجبرية^(١) .

(١) راجع كتاب العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي - الجبري تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار دار طلاس للنشر عام ١٩٩٢م دمشق .

وبما أن المريض السيد (س) يتسم بحسٍ نامٍ من التكامل (أو الرغبة في التكامل)، ولديه دافع شديد، لذا فإن تقنية منع الاستجابة قد أُوصِي بتفيذها والتدرب عليها على أساس التدبر الذاتي (أي أن يطبقها بنفسه بدون مراقبة). وحيث كان في ذلك الوقت وخلال المعالجة الرئيس ريتشارد نيكسون على وشك أن يتهم أمام القضاء بفضيحة (وترغيت) المعروفة. وكان المريض متعاطفاً معه واعتبر اتهمه إهانة معنوية للرئيس نيكسون، فقد اتفق المعالج مع المتعالج تعاقدياً أن يرسل للرئيس نيكسون هبة مقدارها ١٠٠ دولار في كل مرة يخرق المريض العقد ويمارس طقوس الفحص الجبرية الوسواسية. وبالإضافة إلى تقنية منع الاستجابة كان من وظائف المريض البيتية الواجب أن يمارسها التدرب على الاسترخاء، والتدرب على تأكيد الذات تخلياً وميدانياً (أي خلال وجوده في العمل مع رفاقه في العمل)، والتدريب على رفع عتبة جماعه الجنسي.

كانت الانتكاسات تشاهد من وقت إلى آخر وحتى في الحالات المباشرة الصريحة. بعد الجلسة السابعة عشرة، بدأ المريض يعاني من نوبة قلق حادة كانت على ما يبدو تتسرع بالظهور حين الكلام عن العمل، ومرتبطة أيضاً بخصام مع زوجته. وفي رأي المعالج أن هذا ما يستدعي دمج (التدريب على الصداقة وبناء العلاقة) من خلال عملية التدريب على تأكيد الذات. وإضافة إلى لعب الدور، أعطي المريض نماذج بيشخصية مختلفة (تقربات خضوع وقبول لمواقف، تقربات تأكيد الذات تقربات سابرة حاكّة abrasive). وقد ركز المعالج على موضوع الحب والصداقة القائمين على المشاركة والثقة وليس على الريح. وبما أن المريض يميل إلى القراءة، وهو بذلك يستفيد من التثقيف الخاص لذا فقد أعاره المعالج نسخة عن دراسة بعنوان: (النفس الشفافة) لقراءتها. فيما بعد تبني المتعالج التدريبات في الانخراط في مزيد من الكشف عن النفس، فسمح بذلك أن يبرز المزيد من نقاط ضعفه. كما أن الجلسات التي ضمت المريض وزوجته شددت على الرغبة في مزيد من الكشف عن الذات والتحرر من قيود المقاومة الذاتية، إضافة إلى تعلمهما الإقلال من استخدام الأحاديث مع الذات والعبارات الجبرية،

وفرض المطالب على الذات (تصحيح البنية المعرفية) ، أي الإقلال من استخدام
التعابير الجبرية التي تفرض على الذات (يجب ، يتعين ، لا بد ... الخ) .

بعد ١٢ جلسة علاجية دامت ثلاثة أشهر نفذ المتعالج كل تقنية اقترحها المعالج له على ما ورد في بروفيل الأنموذج الخاص به عدا تقنية إزالة التحسس Desensitization تخيلياً . سأله المعالج فيما إذ كانت استعادة الذكريات السابقة (استهزاء رفاقه منه خلال المدرسة لأنه يهودي) ما زالت تزعجه فأجاب المتعالج بالإيجاب « عندما أفكر وأتخيل ذلك ، فإن هذا يزعجني ويوترني كثيراً » . ومع الوقت ، تضاءلت جميع أعراضه وشكاويه . وبما أنه التزم بالاسترخاء ، فقد بدا منطقياً أن يوفر قدرته في إزالة تحسسه من التخيلات الاستهزائية التي لازمت طفولته وبقائه بحيث تمكن من خلق إحساس اللامبالاة لمعاناته وآلامه السابقة من استهزاء رفاقه من دينه وشخصيته .

لقد أنشأ له المعالج سلماً هرمياً Hierarchy خاصاً بالإهانات ابتداءً من الطعن والقدح العرقيين الخفيفين ، وصعوداً في هذا السلم حتى الوصول إلى المشاهد والتخيلات الاستهزائية المنكرة الحادة . ومن خلال الأخذ بأسلوب إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكي (ولبي ولازاروس عام ١٩٦٦) تمكن المريض من تحقيق استرخاء عميق وطلب تخيل المشهد الأقل إزعاجاً على ذلك السلم^(١) . فإذا ما كان بحالة قلق أو مضطرباً ، عليه أن يرفع إبهامه الأيمن . وهنا يظل يتخيل الموقف المزعج لعدة ثوانٍ بعد أن يتضح الموقف المثير للإزعاج في ذهنه ، وبعدها يقطع تخيله ويعود إلى حالة الاسترخاء لدقيقة أو دقيقتين . ومن ثم يعاود تعرضه تخيلياً للموقف بهذه الصورة التي يتناوب فيها التعريض وإيقاف التخيل والاسترخاء إلى أن يشعر المريض بزوال انزعاجه ووصوله إلى نقطة الصفر . وهنا يكون انزعاجه

(١) لمزيد من الإيضاح والتفصيل في هذه التقنية العلاجية التخيلية راجع كتاب (العلاج النفسي بقوة التخيل) تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض عام ١٩٩١م .

من هذا الموقف قد زال ، حيث ينتقل إلى الموقف على السلم الأكثر انزعاجاً ويتعامل معه وفق الأسلوب نفسه . وهكذا حتى يأتي على كامل المواقف المرصودة على السلم الهرمي . هذا باختصار هو أسلوب إزالة التحسس المنهجي التخيلي المعروف باسم إطفاء المخاوف والانزعاجات الإشرافية بالطرق السلوكية .

إلا أن التقنية المذكورة لم تنجح عند هذا المريض في إزالة انزعاجه تخيلياً من طفولته التعيسة في الاستهزاء والازدراء من أصدقائه رغم الاسترخاءات العميقة التي كان يناهض بها تخيله للموقف الإشرافي المزعج . لذا عمد المعالج إلى إنشاء الترتيب الثاني Second - order للصيغة BASIC ID وفقاً للحوار التالي :

المعالج : إذا تخيلت ذاتك أن الأولاد يستهزئون منك ، ترى كيف تتصرف ذاتك ؟ أي ماذا تفعل ؟

المتعالج : أنسحب من الموقف .

المعالج : الآن هل في مقدورك أن تتخيل ذاك الموقف تخيلياً حياً ، أي أن فرداً يحقرك ؟ خذ الوقت الكافي في تخيل هذا الموقف .

المتعالج : (بعد عدة ثوان من التخيل) نعم أمكنني تخيل هذا الموقف .

المعالج : ماذا تشعر بالضبط .

المتعالج : أشعر بالغضب والحنق .

المعالج : ما هي الإحساسات التي تصاحب هذا الغضب ؟

المتعالج : إحساس حرارة عارمة . أشعر بها في رأسي ومن ثم تنزل إلى قدمي . أحس وكأنني أتعرض إلى لهب الحرارة .

المعالج : ما هي الصور الأخرى التي تطوف في مخيلتك ؟

المتعالج : الهجوم . أتخيل نفسي مسعوراً .

المعالج : ماذا تفعل عندما تكون مسعوراً ؟

المتعالم : لا أدري ، قد أأءأ إلى العء والءرب .

المعالء : هل أأل إلى اسأءءام السلاء ؟

المتعالم : أسأعمل يدي فقط .

المعالء : هل كئأ ءءربهم ؟

المتعالم : أنا لا أرغب في قألهم أو الإأءام على أي سلوك من هذا القبيل .

المعالء : بعيدا عن أءيلات الاعأءاء عليهم ، ما هي الأفكار التي أءوف في ذهنك ؟ وبماذا أكلم ذاك ؟

المتعالم : كانت والءتي على أء ، فهي أئأأني كأيراً وءزءريني ، وأطلب مني أن أءأل في صراع معهم .

المعالء : لم أفسأ عن هذا الأمر من قبل .

المتعالم : كان هذا مءفوناً في الأرض إلى أن بدأأ بالأفكير به .

المعالء : ما هي المضامين المأعلقة بك وبالأأرين ؟

المتعالم : ماذا أعني بذلك ؟

المعالء : عئءما أأأيل ذاك أأأر كل قوى غضبك .

المتعالم : أقول إنه رفض مطلق . فإذا انفأرت مسأعر الغضب وقارعتهم فمن الذي يرغب في أن يشاركني ؟

المعالء : هل أنت بأأاة إلى شراب قوي أو أي شيء ؟

المتعالم : هل أنت أسأر وأأأك ؟ أرغب أن أكون أاءاً مثل المسمار الصأير .

إن الأربب الأاني الأالي للصيغة BASIC ID هو :

الاسأهزاء

B : الانسأاب .

A : الغضب والأئق .

S : حرارة لاهبة تعتري جسده .

I : الهجوم .

C : الأم كانت على حق .

I : الرفض المطلق .

D : —

ليس غريباً أن تفشل تقنية إزالة التحسس . لقد استخلص المعالج خطأ أن المريض السيد (س) كان قلقاً لأنه تعرض إلى ملاحظات ناقدة وساخرة ، في حين كان على درجة كبيرة من الغضب والحنق . ومن خلال الوصول إلى هذه النقطة الدقيقة للموقف ، فإن الخطوة الأكثر منطقية كانت في الإمعان بالتدريب على تأكيد الذات والإلحاح عليه ، والانتباه بخاصة إلى الفرق بين تأكيد الذات والعدوان .

لقد خطط المعالج للكشف عن العلاقة القائمة بين الولد والأم (أي المريض وأمه) وبالتالي معاناة طيف عدوان وغضبه ، إلا أن المريض تلقى إشعاراً بقبوله في عمل اضطر على إثره إلى الانتقال إلى ولاية أخرى . نصح المعالج المتعالج أن يقرأ كتاب : (كيف تعيش بدون غضب) للعلامة ألبرت أليس (١٩٧٧) ، وأعطاه اسم وعنوان معالج نفسي في ولايته التي سيعمل بها حيث يستطيع أن يراجعه ويكمل علاجه هناك .

بعد ١٧ جلسة علاجية مع هذا المريض تمت خلال أربعة أشهر أحرز المريض تحسناً مقداره ٨٥% ، إذ تراجع الصلداً تراجعاً كبيراً وأيضاً أعراض تشنج القولون والاضطراب الهضمي ، وأخبر المريض معالجه أنه أضحي أقل قلقاً وتوتراً وخفت إلى حد كبير السلوكيات الجبرية الوسواسية . كما تحسنت إلى حد كبير علاقاته مع زوجته ليس جنسياً فقط ولكن أيضاً في المجال العاطفي ودفع الحنو والتعاطف .

إن هذه القصة العلاجية تُظهر لنا أهمية انتقاء التقنيات النوعية التي تتبع التعاقب المنطقي ، إضافة إلى أهمية كون العلاج ذاته مسألة تعاونية تامة بين

المعالج والمتعالج ، فلا يمكن الوصول إلى مثل هذه النتيجة بدون حافز وتعاون من جانب المريض في تطبيق التوصيات العلاجية من جهة ، ومتابعة المعالج باهتمام حالة المريض وتقصي مشكلته بعمق ، والاختيار الذكي للأسلوب العلاجي الملائم لحالته واضطراباته من جهة ثانية .

وبيننا أيضاً كيف أن المعالج صحح خطأه (عندما طبق تقنية غير ملائمة) من خلال إنشاء الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID فتكشف له من خلال هذا التصحيح عمق الاضطراب النفسي وعلاقة والدته بهذا الاضطراب من جراء مشكلات طفولته مع أصدقائه (بكونه يهودياً والتمييز العرقي) .

إن قصة السيد (س) هي بسيطة نسبياً ومباشرة ، وقد يتساءل القارئ إذا كانت هذه حالة علاجية بسيطة نسبياً فما هي الحالات المعقدة من الواجهة العلاجية ؟ هل التعقيد يتأتى من العادات المرسخة المثابة بمكاسب وريح ثانوي ورئيسي ؟ بل وهل التعقيد يتمثل بوجود سمات الاضطراب الذهاني ؟ وهل مجرد وجود تناقض عاطفي Ambivalence ، أو شكوك ، أو حافز محدود نحو المعالجة لتحكم على هذه الحالة أنها معقدة ؟ وهل التعقيد يدخل في نطاق الصورة عندما تكون مشكلات المريض متداخلة مع ديناميكيات أسرية مضطربة ؟ وهل التعقيد يتجسد في كون المخاطر البيئية وظروف الحياة مسؤولة عن اضطراب الوظيفة النفسية ؟ ثم متى يكون التشوش والإنكار ، وضعف فهم الذات مسألة تقع ضمن نطاق المتلازمة السريرية - الإكلينيكية Clinical syndrome وبذلك تكون الحالة معقدة ؟ وهل ردود الفعل الرهاية تبدو بالضرورة أقل تعقيداً من (أزمات الكيان الذاتي Indentity crises) .

تساؤلات عريضة كبيرة طرحنا جزءاً منها لتحديد مفهوم التعقيد في الحالة الإكلينيكية .

إن معظم المعالجين الممارسين الرواد في العلاج النفسي يرون أن التعقيد هو حالة تتصف بمشكلات متداخلة متعددة منفصلة نجدها في الصيغة BASIC ID .

فالحالات المعقدة لا تحتاج إلى صعوبة علاجية. فالحالات الصعبة لا تكون بالضرورة معقدة. لقد رأينا في الدراسات حالات اضطرابات عادة ظاهرة ورهاب (بسيط) كان فيها المعالجون في وضع حرج بالرغم من تطبيق تقنيات السيطرة على تلك العادات الثابتة الفعالية والنجاعة (AZRIN 1977). وعلى عكس ذلك هناك حالات مفرطة التعقيد ومشكلات متداخلة إضافة إلى طرحها من جانب المرضى طرحاً مراوفاً مختلاً من خلال بنود كامل الصيغة BASIC ID، ومع ذلك فقد استجاب مرضى هذه الحالات بسرعة وبصورة مرضية إلى التوصيات العلاجية المعطاة لهم.

إن انتقاء التقنيات العلاجية هو جانب يبدو الأقل صعوبة عند الأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه. فتحليل بنود صيغة BASIC ID يتناول المشكلات المنتشرة، العامة، والغامضة المبهمة (القلق، الاكتئاب، ضعف اعتبار الذات، الإحباط، الكدر، المشكلات الأسرية، الصراعات الأسرية... الخ) نقول يتناول هذه المشكلات في محاولة منه لجعلها صعوبات تفاعلية، متميزة، ونوعية (أي إجلاء الالتباس والعمومية والغموض عنها). وبعد ذلك، تأتي الخطوة التالية المتمثلة في انتقاء التقنيات التي تكون مباشرة Straightforward على الأكثر. فإذا ما سئلنا مثلاً عن ما هي التقنية الأكثر ملاءمة والأفضل في علاج اضطراب ضعف اعتبار الذات؟ فإننا نجيب عن هذه المشكلة العامة بتقسيمها إلى عنصرين رئيسيين قبل إعطاء الإجابة، فإذا كان البروفيل النموذج للفرد الذي يعاني من ضعف اعتبار الذات يكشف:

- أ - وجود قصورات في المهارات الاجتماعية.
 - ب - تفكير ومدركات خاطئة عن كفاءات الأشخاص الآخرين.
 - ج - العجز عن الإقدام على المخاطر الانفعالية.
 - هـ - أحاديث مع الذات سلبية.
 - و - تخیلات مستمرة تدور حول الفشل والعجز.
- إذن تكون الإجابة باللجوء إلى التقنيات العلاجية التالية:

(١)- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية (تأكيد الذات) .

(٢)- تصحيح التصورات والأفكار الخاطئة .

(٣)- تدريبات بيتية على العزم بالإقدام على ركوب المخاطر الانفعالية .

(٤)- أحاديث مع الذات إيجابية .

(٥)- تدريبات تخيلية تعاملية مناهضة إيجابية متصدية .

وحيث أن انتقاء التقنيات هي مباشرة، فإن تطبيقها هو موضوع آخر .

أن تقول أن الفرد الذي تعوزه المهارات الاجتماعية سيستفيد عادة من التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، فهذا أمر لا يمكن التكهّن به إلا إذا عرفنا الأسلوب الذي يتم بواسطته هذا التدريب . فالتقييم والتطبيق للمهارات الاجتماعية ليس بسيطاً ولا حدياً (unitary (Bellak1977) . فالباحثون لم يتفقوا بعد على التعريف العام للمهارات الاجتماعية . فمثلاً إن الافتراضات والمفاهيم عن المنافسة الشخصية التي جاء بها العلامة أرجيرس (١٩٧٥) نجدها متداخلة ومختلفة عن تعريف المهارة الاجتماعية لكل من ميللر، وبلانكارد (١٩٧٥) القائل: «بالعوامل المحددة الموقفية والعناصر للسلوك التأكيدي» . على المستوى السريري (الإكلينيكي) قد يفشل المدرب على المهارة الاجتماعية بفعل إغفاله للنقطة المحورية البالغة الأهمية مثل معدلات الاتصال البصري Eye- contact أو درجة الصوت الكافية الصادرة عن المتعالج . أو أن يكون المتعالج قد تعلم أن يكون أقل تعاوناً وتوافقاً . فيحتاج والحالة هذه إلى معالجته بتقنية إزالة التحسس Derensitization أو بتقنية تكرار الدور السلوكي Behavior - rehearsal، أو مسهم مشترك في محاكاة أنموذج سلوكي وتقليده Participant - Modeling .

إن الأساليب الخاصة التي تنتج تبدلات سلوكية مهمة نحو سلوكيات عنصر معين، هذه الأساليب لم يتم عزلها بعد أو تحديدها والتعرف عليها . تلك هي المسألة التي جعلت الخبرة السريرية (الإكلينيكية) ودرجتها الغنية تدخلان ضمن نطاق المعادلة .

والأمر الذي يثير الإعجاب حقاً أن المعالجين المهرة، وبخاصة المعالجين النفسيين العظام يشتركون ببعض الخصائص والسمات بصرف النظر عن أروياتهم العلمية، والمدارس التي ينتمون إليها أو هوياتهم المهنية.

فهم معالجون يتحملون المسؤولية ومرنون ويحظون بدرجة عالية من الاحترام من قبل الناس. إنهم أيضاً لا يصدرن أحكاماً، ويتمسكون بالنظرة التي ترى أن الزيف عن الحقوق وانتهاكها، وإرضاء الآخرين يجب ألا يشجع إطلاقاً. فهم لا يعرضون للخطر المصالح الإنسانية، والقيم، والكرامة (Krasner 1975). بل يأتون بالدفء، والحكمة، والذكاء إلى الموقف العلاجي، وأينما يكون الموقف مناسباً، يطلقون المرح والنكتة. يمتلكون أيضاً لا ينضب من القصص والحكايات النادرة. ثم إنهم نماذج أدوار جيدة (يمارسون ما يعطون به) ويرغبون في كشف الذات.

ولعل القارئ يستغرب هذا الإطناب في سياق موضوع يتناول انتقاء التقنيات العلاجية ويخرج عن موضوعه. الواقع أن وضعنا لسمات المعالج الريادي هنا يأتي للتأكيد على أن إدارة العلاج الناجح تعتمد على نوع التقنية المنتقاة، وكيفية تطبيقها، ومن الذي يوصلها إلى المريض. ففي العلاج النفسي يصعب الفصل بين التقنية النوعية عن الشخص الذي يوصلها ومهاراته وخبراته التطبيقية.

٢- التخييل كأنموذج جسري (يصل بين طرفين)

عادة لا توجد صعوبة في انتقاء التقنيات لمشكلات نوعية. إلا أن السؤال المطروح هو كيف بإمكان المعالج أن يتعامل في موقف يكون فيه المريض غير قادر على تزويد المعالج بالمشكلات النوعية؟

ماذا عن المريض الذي يعاني من كرب معمم وضيق وضنك ولكن لا يستطيع أن يحدد بالدقة قصوراته النفسية النوعية؟

إن الاستقصاء البدئي للأفكار، والسلوكيات، والاستجابات العاطفية والأعراض الحسية المصاحبة، والانتكاسات البشخصية، والعوامل البيولوجية، هذا الاستقصاء قد يؤدي إلى عدم تحديد المطلوب.

إلا أنه من جهة أخرى نجد أن المعلومات المتضاربة، الغامضة، والمشوشة تشير إلى أن العديد من الاتجاهات في الوقت نفسه. ففي مثل هذه الحالات نجد أن أنموذج التخيل (الأسلوب) غالباً ما يسعفنا بتزويدنا بالمعلومات المجهولة المفقودة الغائبة. وكما سبق أن ذكرنا، هناك المئات من الصور الذهنية التخيلية تكون تحت تصرفنا. إذ أثبت أسلوب التجربة والخطأ Trial and error أن هناك ثلاثة تخيلات نوعية تزودنا بالمعلومات التشخيصية السريرية (الإكلينيكية) المهمة وفقاً للبروتوكيل التالي:

أ - (أطلب منك أن تتخيل منزل طفولتك. قد تكون قد عشت في عدة أماكن في طفولتك، إلا أنه عادة كل فرد ينجذب أو يفكر بمكان واحد «كمنزل لطفولته». هل في مقدورك أن تركز تخيلك على صورة هذا البيت؟ أغمض عينيك إذا كان هذا يساعدك على تخيله حاول أن تتخيل دار طفولتك (فاصل زمني قدره عشر ثوان ليستجمع المتعالج بنات أفكاره وتخیلاته). الآن أخبرني أين هي أمك في هذا المشهد التخيلي؟ ماذا تفعل؟ وأين هو والدك وماذا يفعل؟

ب - هل في مقدورك أن تروح بنزهة تخيلية من غرفة إلى أخرى؟ انظر ما حولك بدقة؟ شاهد الأثاث. حاول أن تستشعر بالجو الذي يحيط بالغرفة. هل تلاحظ وجود روائح؟ ما هي الأصوات التي تسمعها؟

ج - أرغب منك أن تتخيل مكاناً آمناً حقيقياً أم خيالياً (فاصل زمني مقداره عشر ثوان لتخيل هذا الموقف).

اذهب إلى هذا المكان الخاص، تخيله بحيوية (فاصل زمني مقداره عشر ثوان لتخيل الموقف. هل باستطاعتك أن تصفه لي؟

بما أن الأسرة النووية (أي النواة) كثيراً ما تهيم الأرضية المولدة للمشكلات العاطفية، فإن سبر صورة بيت الطفولة عادة ما يقدم معلومات مهمة. فالرحلة من غرفة إلى أخرى لنفس بيت الطفولة، غالباً ما يفتح باب الذكريات والمشاعر القوية التي تحمل مشكلات المريض المستمرة المرسخة.

أما تخيل المكان الآمن فيكشف الألغاز المتعلقة بالهروب المهم وسلوكيات التجنب. «مكاني الآمن هو في البيت مع زوجي والكلبين»...

«إن الجزيرة المهجورة هي بعيدة عن الحياة المتحضرة لذا فهي ملاذ الآمن الوحيد». (مكاني الآمن هو مركبة فضائية غير قابلة للعطب أو التدمير تأخذني بعيداً عن هذه المجرة)، (مكاني الآمن أن أقبع في سريري مع كتاب ممتع). (مكاني الآمن هو أحضان عاشقي ومحبي). (لا يوجد مثل هذا المكان الآمن). وهكذا نجد مقولات لا تحصى تُعرض من خلال تقنيات تخيلية كثيرة وذلك لأغراض علاجية وتشخيصية (انظر الملحق رقم ٢ الذي يذكر سبعة أساليب تخيلية أخرى).

نذكر هنا بهذا السياق وبغرض المزيد من التوضيح في شرح هذه التقنية التخيلية، قصة امرأة عمرها ٢٣ سنة لم تكتب شيئاً في استبيان القصة الحياتية مبررة ذلك أنها لا تدري ماذا تكتب، ولم تعط جلستان معها أية معلومات مفيدة (اشتكت من مشاعر الإحباط والكرب معظم الأوقات).

عمد المعالج إلى استخدام التقنيات التخيلية الثلاثة السالفة الذكر.

حياة طفولتها البيئية كانت، كما ذكرتها في بادئ الأمر ليس فيها أي دلالة مفيدة - والدتها في المطبخ تعد فطور الصباح، والدها يحلق ذقنه في غرفة الحمام-. ولكن عندما طلب منها المعالج تخيل انتقالها من غرفة إلى غرفة أخرى من دار الطفولة، نطقت بمشاعر قوية عندما تذكرت كيف أنها أغلقت الباب وأقفلته على أخيها الكبير (غرفة النوم) من أجل أن تختلي لوحدها بالاجتماع مع أصدقائه. ومن ثم تابعت تصف غرفة الطعام. واتهام والدها لها بأنها فتاة داعرة (كانت في سن السابعة عشرة في ذلك الوقت) وذلك عندما اختلت مع صديقها في غرفة نومها وأقفلت الباب عليهما. (لقد فعلت ذلك من أجل أن أرجع إلى أخي لأنني أعلم أنه يرغب في لقاء طوني).

ومن خلال تركيزها التخيلي على مزيد من الصور والتخيلات على ما كانت تتذكره من حوادث في دار طفولتها، أمكن المعالج من الوصول إلى لب المشكلة

وهي رفض والدها، وحاجتها المفرطة إلى قبوله لها .

وبهذه الطريقة فإن أسلوب التخيل كشف عن مشكلة بيشخصية مهمة أدت فيما بعد إلى صعوبات مرتبطة بميادين أخرى .

وقد يتساءل القارئ عن أفضل التقنيات المناسبة من أجل التعامل مع الحاجات المفرطة من جانب المريضة نحو قبول والدها لها . هل يوصى هنا بالعلاج الأسري، وبالتالي معالجة أعضاء أسرة المريض؟ أو هل من الأفضل إجراء مقابلة مع والدها لوحده أو مع البنت لوحدها؟ هل نستخدم تقنية لعب الدور ROLE PLAYING في لعب المعالج دور الأب في الحط من قيمة ابنته وتحقيرها وازدراءها ورفضه لها، ومن ثم هي بدورها تلعب دور البنت الهادئة، المتزنة التي تحسن التصرف مع الأب، ومن ثم يتم قلب لعب الدور، فيصبح المعالج البنت ليظهر لها الأنموذج السلوكي الهادئ المتزن الناضج بينما تلعب البنت دور الأب الفظ الرافض المزدرى لابنته؟ . هل أن تقنية التخيل باستخدامها من أجل العودة إلى الماضي فتتخيل البنت والدها وهي تتصدى لوالدها؟ هل في تطبيق تقنية إزالة التحسس تجعلها أقل حساسية ورد فعل لنقد والدها الحقيقي أو التخيلي؟ . ثم هل يكون التكنيك الأفضل بتناول بنيتها المعرفية فسعى إلى مناهضة الأفكار المولدة للانزعاج من والدها، وبتحويل المطالب اللامنطقية بحيث تبدل جهاز معتقدها لتؤمن أن قبول والدها لها هو شيء غير جوهري في حياتها (يجب أن أحظى على قبول والدي) وسعادتها؟ وهل الكشف العميق للتفاعلات الكائنة بينها وبين والدها هو علاجي ويبرهن على فعاليته؟

أمام هذه التساؤلات في أي نوع من التقنيات تبدو ملائمة لحل مشكلتها، فإن الحل هو في أن تختار المتعالجة التقنية التي تناسبها بعد أن يوضح المعالج لها أسلوب تطبيق كل تقنية بالصورة التي تفهمها . وذلك وفق الطرح التالي :

«لقد اتفقنا معاً أنك معرضة إلى نقد والدك، وتقريظاته، وتصغيرك نظراً لارتباطك بأرائه. هل توافقين أنه من الأفضل لك أن تصبحي أقل اهتماماً برفضه

لك ؟ . هنا إذا كان جواب الفتاة المتعالجة أنها لا تعتبر أن هذا هو هدف العلاج ، حينئذ على المعالج أن يتفحص توقعاتها ، ومواقفها وصور الأب - البنت ، والتعاملات البشخصية - نقول أن يتفحص ذلك بكامل الأبعاد . وعندما يتفقان على النتائج المرغوب حينئذ يطرح المعالج وصفاً للطرق المختلفة التي توصل إلى الهدف المطلوب ، ومن ثم يُطلب من المتعالجة أن تختار الطرق النوعية التي تبدو لها أنها تعطي أفضل النتائج . ولنرى هذا الحوار في السياق .

المعالج : أعتقد بوجود سبعة طرق مختلفة للتغلب على هذه المشكلة .
اسمح لي أن أوجز لك كل واحد منها ، ومن ثم عليك أن تفكري بها .
إن البديل الأول هو أن نختار العلاج الأسري . فإذا ما دعوت والديك وأخاك للانضمام إلينا ، حينئذ نستطيع أن نتعامل مع كامل أفراد العائلة وبالتالي نسعى إلى تبديل بعض أنماط الاتصالات غير المرغوبة .

المتعالجة : أواه ! يا إلهي ، لا أرغب هذه الفكرة . هل أنت تتعامل مع أطفال .
المعالج : هل في مقدورك أن تطرحي بعض الأفكار عن السبب في شعورك بهذه القوة ؟

المتعالجة : أولاً . إن الأحصنة المتوحشة ليس في مقدورها أن توصل أو تجر والدي إلى عيادة معالج نفسي . حتى لو أقنعتهم بالمجيء إليك . أنا بحاجة إلى تبديل . لا أرغب أن تحول والدي إلى رجل أنيس طيب يقبل ابنته بكل شيء .
المعالج : ليس هذا ما أقصده بالضبط . ما رأيك حول الأخذ بأساليب لعب الدور حيث ألعب دور والدك بكل سلبياته تجاهك . ومن ثم أنت تلعبين الدور المعاكس (كما سبق وشرحنا قبل هنيهة عن تبادل الأدوار) .

المتعالجة : هل تقصد أننا بتقمصنا الدور الجيد ، سأتحرق من مشاعر عدم القبول ؟

المعالج : في لعب الدور المطروح يكون سلوكك دفاعياً ، ومنزعجة ، وحتى البكاء أيضاً عندما تواجهين كلاماً سلبياً يصدر عن والدك . فإذا كان سلوكك

الحقيقي هو ليس امرأة عمرها ٢٣ سنة، فإن والدك يظل متمسكاً باعتقاده إنك طفلة مرتبطة به، ويتعامل معك على هذا الأساس، أي كطفلة. إن هذا هو جزء من الصورة وليس كلها. فالهدف الرئيس، كما أرى، هو أن تدركي عدم ضرورة إلزام نفسك باسترضاء والدك والتماس قبوله لك. فلن يكون الأمر مخيفاً أو كارثياً إذا ظل على موقفه برفض قبولك.

المتعالية: أنا أوافق على هذا التفكير المطروح على المستوى العقلي الذهني ولكن كيف أتمكن من أن أقبل شعورياً وعاطفياً هذا الرفض؟

المعالج: حسناً، هناك عدة مسالك توصلك إلى قبول الرفض على مستوى الشعور والعاطفة. أولاً علينا معاً أن نسبر بماذا تكلمين ذاتك، فالكلام مع الذات السلبي والتخيلات الذهنية التي تصنعينها هي التي تخلق لك مشاعر الكرب، والخوف سواء أكان والدك أو غيره من الناس أظهر عدم الرضا والرفض نحوك. ومن خلال تبديل تفكيرك وكلامك مع ذاتك السلبية، وتبديل تثمينك للموقف (أي تبديل الإدراك) حينئذ يمكن أن تتبدل مشاعرك وردود أفعالك. وهناك طريقة أخرى تزيل كربك هي إزالة التحسس المنهجي^(١).

المتعالية: هل يمكن الأخذ بهذين الأسلوبين معاً، أو علي أن أختار واحداً منهما في كل مرة.

المعالج: يمكننا استخدام أسلوب أو أكثر في كل جلسة حسب ما نراه ملائماً. فمثلاً يمكننا تكرير أو تخصيص ١٥-٢٠ دقيقة من الجلسة في تطبيق تقنية لعب الدور، يتبع ذلك تصحيح الأفكار الخاطئة المولدة للاضطراب، ومن ثم نهي ما تبقى من الوقت ١٠-١٥ دقيقة باستخدام تقنية إزالة التحسس. هل هذا يناسبك؟

المتعالية: ما هي تقنية إزالة التحسس؟

المعالج: أولاً لا بد من أن تتعلمي؛ الاسترخاء... الخ...

(١) راجع كتاب: (العلاج النفسي بقوة التخيل): تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.

قد يبدو الأمر ساذجاً الافتراض أن المعالج هو دوماً مُسير من قبل نزوعات المريض . فعند التعامل مع مخربين للعاطفة والانفعال فقد يساق الفرد إلى نتائج عنيفة مفاجئة . فالأفراد المواربون ، وخاصة أولئك الذين لديهم ميول عدوانية – سلبية غالباً لا يمكن مواجهتهم بالحقائق وجهاً لوجه. ففي أغلب الأحيان ، يبدو من الضروري استشارة المتعالج حيال الطرق والأساليب العلاجية التي يفضلها . ففي مثالنا السابق عن الشابة وجدنا كيف كانت مناورة وغير متعاونة . فطرح تقنية التخيّل واستخدامها في بادئ الأمر فتحت الطريق نحو الاتصال العلاجي . وفيما بعد تسهّل التآلف من خلال سبر الخيارات العلاجية عندها .

فقد رغبت في تقسيم الجلسات العلاجية إلى شرائح يركّز فيها على تقنيات مختلفة . غيرها من الناس يرون أن هذه تجزئة لا طائل منها ، فيفضلون التركيز على تقنية واحدة خلال الجلسة العلاجية .

إن بعض المرضى يفضلون مثلاً تقنية العلاج التنويم . وعند بعضهم الآخر الذين يطلبون العلاج بالتنويم نخبرهم أن التدريب على الاسترخاء هو متفوق من الناحية العلاجية على التنويم ، وبالتالي يتم معالجتهم بالاسترخاء بدلاً من التنويم . فالفرق الإجرائي الوحيد بين التنويم والاسترخاء هو استخدام الكلمات التنويمية في العلاج التنويمي والاسترخاء في الثاني فالنقطة التي نرغب توضيحها هنا هي أن تلبية التوقعات تجنب إلى الحصول على النتائج أكثر إيجابية . وهذه ناحية مهمة نشير إليها .

على المستوى النظري ، إن عدد التقنيات تقريباً غير محدود . وتدل الخبرة السريرية (الإكلينيكية) أن أي معالج متمرس في مهنته يجب أن يعرف الكثير من التقنيات المختلفة وتكون جاهزة للاستخدام . وأيضاً أن يتعرف على الطرق الجديدة المبتدعة فيضيفها إلى ترسانته العلاجية . وهذه الطرق المبتدعة قد تحل له مشكلات علاجية عنيدة ومستعصية .

ومن المناسب هنا أن نذكر جملة التقنيات العلاجية الأكثر استخداماً في الميدان العلاجي السلوكي - المعرفي والعلاج المتعدد الأوجه الذي هو موضوع هذا الكتاب .

التقنيات الأكثر استخداماً في العلاج المتعدد الأوجه

(الملحق رقم ٢ يعطي وصفاً وشرحاً لكل تقنية من هذه التقنيات).

I Imagery التخيّل	B Behavior السلوك
- التخيّل للصدمة المضادة للمستقبل anti - future shock imagery - التخيّل المقترن . Associated imagery - التخيّل التنفيري أو التكريهي aversive imagery - تكرار تخيل الهدف أو التخيّل التعاملي - التخيّل الإيجابي Positive imagery - تقنية البناء والتخيّل - The set up Technique - الإسقاط الزمني time projection	- تكرار السلوك Behavior - Rehearsal - محاكاة أنموذج Modeling - عدم تعزيز Non reinforcement - تعزيز إيجابي Positive reinforcement - التسجيل والرصد الذاتي Recording and self - monitoring - ضبط المنبه Stimulus control - التعريض المنهجي Systematic exposure - الكرسي الفارغ The empty chair
S Sensation الإحساس	A Affection العاطفة
- التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed back - تركيز الانتباه Focus - التنويم Hypnosis - التأمل Meditation - التدريب على الاسترخاء - التدريب على تركيز الإدراك الحسي	- التعبير عن الغضب anger- expression - التدريب على التدبر بالقلق anxiety - managment training - التعرف على الشعور Feeling- indentification
B البيولوجي	
- التشجيع على العادات الصحية للتغذية الجيدة .	

- التمارين الرياضية ، والترفيه عن النفس . - التحويل إلى الطبيب البشري عندما يشك بوجود مشكلات عضوية ، أو مداخلات بيولوجية .	
بيشخصي (I) (Interpersonal)	معرفية (C) Cognition
- التدريب على اكتساب مهارات الاتصال الاجتماعي . - التعاقد . - التدريب الصداقي . - الأساليب الجنسية المتدرجة . - الاستراتيجيات النقيضية . - Paradoxical strategies - التدريب على اكتساب مهارات تأكيد الذات الاجتماعية .	- العلاج بالتثقيف والمطالعة . - تصويب الأفكار والمفاهيم الخاطئة . - التثقيف بنظرية ألبرت أليس A-B-C-D-E - حل المشكلة . - التدريب على تعليم الذات - إيقاف الأفكار . - التركيز على حقائق مخاطر التدخين .

٣ - أين يتم استخدام مداخلات الأسلوب الواحد أو الثنائية الأسلوب وليس المداخلات المتعددة الأساليب ؟

إن الفلسفة التعددية التي يوصف بها العلاج المتعدد الأوجه أو الأساليب تلح على أن التكيف الناجح مع متطلبات المجتمع المعقد الذي نعيش فيه يحتاج إلى مجموعة كبيرة من الاستراتيجيات التعاملية Coping . وعلى هذا ، فإن معظم المرضى عادة ما يتعالجون بكثير من الطرق المختلفة الرامية إلى معالجة القصورات والتجاوزات الموجودة في كل جانب من الشخصية . ومع ذلك هناك بعض الأفراد يستجيبون استجابة سيئة عند تطبيق المداخلات العلاجية المتعددة الأوجه . ففي هذه الحالات يبدو من الأفضل التركيز على مشكلة أو مشكلتين رئيسيتين ، وتطبيق أسلوب علاجي ، وأسلوبين رئيسيين أساسيين .

يخبرنا المعالج أرنولد لازاروس عن مصادفته لمرضى يقاومون بشدة أي مناورات تكون خارج الأسلوب التخيلي . إذ من خلال الكشف عن الصور المقترنة ، تتضح لنا ذكريات متداخلة ساحرة مرصعة بالموزاييك المعقد ، ومشاعر ، واستبصارات .

ولعلنا نساءل في هذا السياق ونحن نتكلم عن التخيل عن كون العمق في كشف التخيل هو شكل من أشكال العلاج المتعدد الأوجه ؟
الجواب هو بالنفي . إلا أن هذا لا يمنع المعالج الذي يأخذ بنهج هذا النوع من العلاج من أن يتبع هذا النسق من النشاط العلاجي . وبصورة مماثلة نجد عند المرضى اعتقاداً أن السبر المفصل وحده لذكريات طفولاتهم الباكرة والعلاقات سيفيدهم .

مرة أخرى نقول أنه من المفضل بالنسبة للمعالج الذي ينتمي إلى المدرسة العلاجية المتعددة الأساليب أن يطبق أسلوب الكشف أو السبر العالي التركيز التخيلي بدلاً من اللجوء إلى الطرق الفرويدية أو أساليب يانغ (نسبة إلى العلامة يانغ) ، أو أي مذهب يزود المريض بالاستبصارات التي تحدث ، الملائمة لإطار العمل الذي يعتنقه ويتبناه المعالج (من المعروف أن المحللين الفرويديين يكتسبون الاستبصارات الفرويدية) والمحللون الذين ينتمون إلى مدرسة العلامة يانغ يظهرون الاستبصارات اليانغية (نسبة إلى يانغ) .

عدا أولئك الأفراد الذين يرغبون في المداخلات العلاجية الوحيدة الأسلوب unimodal ، فإن التركيز العالي المتخصص للانتباه العلاجي يعطي نتائج أفضل من العلاج المتعدد الأوجه في بعض الحالات أو ميادين المشكلة .

فمثلاً في حالة نقصان الوزن زدنا كل من ماك رينولدز وبولسن (١٩٧٦) بمعلومات وبيانات تؤكد تفوق أسلوب ضبط المؤثر المتخصص Specialized stimulus - Control procedure على العلاجات المتعددة الأبعاد .

فتحريض المرضى على الالتزام بوصفات العلاج هو عامل هام في تحقيق النتائج العلاجية الإيجابية (Wilson 1979) . فعند بعض المرضى إن تقديم أكثر من أسلوب علاجي واحد قد يسبب لهم الشعور بالتشوش والانسحاق . فميادين المشكلة التي تستجيب استجابة أفضل إلى الأساليب المتخصصة هي : الرهاب ، الاضطرابات الجبرية الوسواسية ، المشكلات السلوكية ، اضطرابات الشهية

والطعام ، الأرق ، الصداع التوترى ، والتدبر بسلوكيات الأطفال المشاكسة .
(Agras , Wilson 1979) وهنا فإن التقييم assessment يجب أن يكون متعدد الأساليب ، إلا أن العلاج يكون مركزاً تركيزاً ضيقاً وخاصة عندما يكون بروفيل الصيغة BASIC ID يكشف عن عدم وجود شبكة مهمة للمشكلات المرتبطة ببعضها البعض .

إن من محاسن التقييم المتعدد الأساليب أنه يجعل المشكلات الكلية والمنتشرة ضمن كيانات نوعية عبر الصيغة BASIC ID ، وهذا ما يرشد المعالج إلى الأخذ بتقنيات خاصة لعلاج كل عجز ونشوز .

كان معالج يتخطى بمشكلات أسرة فيها المناورات المخربة ، والصراعات الثنائية وغيرها ، فأشار عليه الدكتور أرنولد لازاروس بأن يركز على مشكلات متميزة بارزة عبر تطبيق الصيغة BASIC ID . وهنا برزت الأهداف الواضحة التالية :
أ - الوالد بحاجة إلى امتلاك المزيد من السلطة (العلاج المنطقي : التدريب على تأكيد الذات ، ومحاكاة نموذج) .

ب - الوالدان بحاجة إلى تعاون كفريق (المداخلة العلاجية المنطقية : التعليم الثنائي ، لعب الدور) .

ج - الوالدان يحتاجان إلى مزيد من التعاون من جانب أولادهما (الاستراتيجية المنطقية : التعاقد القائم على الإنابة والعقوبة) .

د - الأولاد بحاجة إلى مزيد من الحرية (النتيجة المنطقية : التعاون في البيت يكافأ بدرجات خاصة من الحرية) .

٤ - أساليب ضبط الذات وتقنيات العون الذاتي

هناك الكثير من المدخنين الذين يميلون إلى الإقلاع عن عادة التدخين ، أو التخلص من عادات غير مرغوبة يتبنون لهذا الغرض أسلوباً أو أسلوبين علاجيين . قرأ رجل عن أسلوب «ضبط المؤثر أو المنبه Stimulus control» وطبقه على عادة التدخين : (حاولت أن أتخلص من هذه العادة من خلال تحديد عدد لفات

التبغ أو تعاطي الدخان بأوقات محددة من اليوم وفي أماكن خاصة . وبذلك استطعت أن أدخن فقط في الأعداد الفردية من الساعة أي ٩ صباحاً - ١١ قبل الظهر - الواحدة ظهراً وهكذا... في مكان جلوسي في مكتبي ، وعلى الكرسي الخاص بي ، وعلى طاولتي) .

وشخص آخر مدخن اعتمد أسلوب التنفير التخيلي : (تخيلت نفسي أنني أصبحت مريضاً ، والتدخين سبب لي سرطان الرئة) . وشخص آخر ، بعد قراءته لعلاج السلوك المتعدد الأساليب للعلامة لازاروس (١٩٧٦) وكتباً أخرى تدور حول ضبط الذات ، ابتدع من ذاته البروفيل التالي لإيقاف التدخين :

السلوك : أنقص تدريجياً تعاطي لفافات التبغ بالانتظار من ٣٠-١٥ دقيقة عندما تظهر الحاجة إلى تعاطي التدخين . في نهاية كل يوم كان يعد عدد اللفافات التي دخنها ويقدر مقادير النكوتين والقطران التي دخلت جسمه . كان يلف علبة الدخان بورق الألمنيوم ويربط الورق بأربطة مطاطية بحيث تجعل استخراج لفافة التبغ من العلبة صعباً نسبياً . كان يكافئ نفسه على ضبط سلوكه التدخيني بشراء ألبوم تسجيلات صوتية كل ٣-٤ أسابيع .

العاطفة : مراقبة القلق ، والغضب ، وغيرها من الانفعالات التي تحرضه على تناول التبغ ، كان يتعامل مع مصدر الانفعالات كل ما كان الأمر ممكناً بدلاً من الاختفاء وراء شاشة التدخين .

الإحساس : استخدام الاسترخاء للتغلب على التوتر ، فإذا ظهر النزوع نحو التدخين بحيث أصبح قاهراً ساحقاً . كان يشم الأملاح بين نفثات الدخان .

التخيل : يتخيل مرض انتفاخ الرئة ، مرض القلب ، السرطان ، وغير ذلك من الأمراض التي يسببها التدخين . ينتقل بتخيله إلى صور إيجابية تخيلية للصحة البدنية التي تقترن بعدم التدخين .

التفكير : التركيز على حقائق مخاطر التدخين . النظر بالأرقام والإحصائيات عن مخاطر التدخين وبتذكرها . الحذر من الخداع الذاتي ومراقبته (ليس بالضرورة

كل مدخن يصاب بالسرطان) .

العلاقة البشخصية : إخبار الآخرين المدخنين بأخطار التدخين . الإعلان عن نفسه أنه ضد التدخين .

الأدوية : التريض وممارسة النشاطات الرياضية .

لقد توقف هذا الرجل عن تعاطي ثلاث علب يومياً من الدخان وذلك بأقل من شهر . ولم يعد يدخن منذ ثلاث سنوات .

إن قوة مساعدة الذات بالطرق المتعددة الأساليب هي غير محدودة عملياً . وأن معظم الزبائن لا يجدون صعوبة في فهم ، وتذكر ، وتطبيق الصيغة BASIC ID كجزء من تمارينهم البيئية اليومية .