

الفصل الثانی

تفویض العقل

الاستعداد للتغيير

الاضطرابات النفسية غير سارة وغير مرغوب فيها، حيث إنها تتسبب في التوتر الشخصي للفرد المصاب بها، بالإضافة إلى زملاءه وأفراد أسرته، كما أنها تقيد الحياة الشخصية للفرد، وحياته العملية، السعادة بوجه عام على الرغم من كل هذه النواتج السالبة، غالباً ما ينخرط الناس في أنشطة تبقى على هذه الحالات غير المرغوب فيها.

غالباً ما يكون لدى الناس وعى بهذا، ولكن ما زالوا ينخرطون في هذه الأنشطة، كالمريض الذي يعاني من سرطان الرئة، ومع ذلك لا يستطيع التوقف عن التدخين. هناك أمثلة عديدة أخرى. الفرد الذي لديه اكتئاب، وينام قرابة ١٢ ساعة في الليل، وكسول أثناء النهار، أو الفرد الذي لديه اضطراب القلق الاجتماعي، ويتجنب الحفلات. على الرغم من أن الناس غالباً ما يدركون أن سلوكيات عديدة تجعل حالتهم أكثر سوءاً، إلا أنهم يصعب عليهم تغييرها. هناك أسباب عديدة لذلك.

على سبيل المثال، نقص الدافعية وعدم النشاط في حالة الاكتئاب أو سلوكيات التجنب في حالة القلق. هذا ليس عامل إبقائي فقط، ولكن تعبير عن هذه الاضطرابات أيضاً.

مراحل التغيير

هناك نظرية مؤثرة تصف عمليات التغيير هذه يطلق عليها النموذج النظري الإنتقالي للتغيير TransTheoretical Model. هذا النموذج يحدد مراحل مختلفة للتغيير تختلف في الاستعداد للتغيير [Prochaska et al, 1992].

على الرغم من أن هذا النموذج تم تطويره لسلوكيات الإدمان، إلا أنه ليس قاصراً على أي مشكلة نفسية معينة، أو عملية تغيير علاجي، علاوة على ذلك، فإن المشكلة ليست في حاجة إلى أن تكون مقصورة على التغييرات في السلوكيات الظاهرة ولكن تنطبق أيضاً على التغييرات في المعارف والادراكات. تحديداً يفرض النموذج أن عملية التغيير تنطوي على التقدم عبر ست مراحل هي: ما قبل التفكير في التغيير Precontemplation، التفكير في التغيير

Maintenance الإعاية، Action الفعل، Preparation الإعداد، Contemplation والإنهاء Termination.

في مرحلة ما قبل التفكير في التغيير، فإن الفرد لا ينوي البدء في أي تغيير في المستقبل الذي يمكن التنبؤ به.

أما في مرحلة التفكير في التغيير، فإن الناس يفكرون بعمق في القيام بالفعل في المستقبل (في حالة سلوكيات الإدمان، خلال الستة أشهر القادمة). فقد بدأوا في وزن تكلفة، وفوائد السلوكيات والمعارف اللاتكيفية. أما في مرحلة الإعداد، فإن الناس ينون تغيير سلوكياتهم، ومعارفهم في المستقبل القريب (عادة خلال الشهر القادم). فقد بدأوا في التجربة بتغييرات بسيطة، ولكنهم حتى الآن غير مستعدين لإجراء تغييرات كبيرة، ولا تحدث هذه التغييرات الكبيرة إلا إذا وصل الناس إلى مرحلة الفعل، حيث يقومون فيها بتغيير سلوكياتهم ومعارفهم اللاتكيفية.

أما مرحلة الإعاية، فهي المرحلة التي يقوم فيها الناس بمجهود مستمر للاستمرار في استراتيجيات التغيير. أخيراً، يصل الناس إلى مرحلة الإنهاء عندما لا يكون لديهم أي إغواء، وتصبح لديهم ثقة في عدم العودة إلى الوراء، أي إلى أنماط السلوك والمعارف القديمة، أو اللاتكيفية.

إن الشروع في التغيير يتطلب دافعية، وشجاعة كبيرة لأن الاستراتيجيات التي تستخدم للتغلب على المشكلات صعبة، أو مؤلمة، أو محدثة للتوتر بالإضافة إلى ذلك، لا يمكن أن يكون الفرد متأكداً من أن استراتيجيات العلاج النفسى سوف ينتج عنها نواتج مرغوب فيها - لذا لا بد أن يكون هدف العلاج مرغوب فيه وقابل للتحقيق أيضاً حتى يكون الفرد المريض على استعداد للتغيير وينخرط عليه في العلاج هذا الاستعداد للتغيير يمكن تعزيزه من خلال إجراء تحليل الفائدة - التكلفة التي تقع على الفرد نتيجة لوجود المشكلة عنده، ومقارنة ذلك بتحليل الفائدة التكلفة إذا تحرر من هذه المشكلة.

في حالة التغيير السلوكى، فإن الفرد - من المحتمل - سوف يتغير إذا نسبة التكلفة - الفائدة لاستمرار السلوك اكبر من نسبة التكلفة - الفائدة لتغيير السلوك (إذا كانت أكثر تكلفة وأقل فائدة للاستمرار في السلوك عنه لتغيير السلوك). هناك عوامل هامة لا بد من مراعاتها

فى تحليل التكلفة - الفائدة، ألا وهى: القيم الشخصية السعادة، الفرارات الحياتية، والخطط المستقبلية.

التعزيز الدافعى

هناك إستراتيجية تدخل خاصة يمكن أن تساعد المرضى فى تحليل التكلفة - الفائدة لسلوكياتهم، ألا وهى التعزيز الدافعى، أو المقابلة الدافعية أول ما طورت أساليب التعزيز الدافعى وتم اختبارها، كان ذلك على الأفراد ذوى اضطراب استخدام المواد المخدرة والكحوليات (Miller & Rollnick, 2002).

ومع ذلك يمكن تطبيقها أيضاً على مشكلة التوتر النفسى، كما أنها أكثر فعالية للأفراد فى مرحلة التفكير فى التعبير Contemplation، ولكن لها أيضاً القدرة على دفع الناس فى المراحل الأخرى من نموذج النظرى التحولى. هذه الأساليب تقوم على أربع مبادئ أساسية للعلاج النفسى (١) التعبير عن التعاطف الوجدانى (٢) تنمية التناقض (٣) التمايل مع المقاومة (٤) دعم فعالية الذات.

التعبير عن التعاطف الوجدانى

من الطبيعى أن يكون المريض متناقضاً بشأن تغيير سلوكياته، وعلى المعالج النفسى أن يتعاطف وجدانياً مع هذا التناقض، بدون تقديم أى أحكام. ومن بين الاستراتيجيات التى تمكن المعالج النفسى من تحقيق ذلك ما يأتى: طرح أسئلة ذات نهاية مفتوحة، استخدام أساليب الاستماع الانعكاسي، تحقيق علاقة تشاركية، يسودها الاحترام.

تنمية التناقض

المرضى ذوو الاضطرابات الانفعالية لديهم درجة من التناقض تجاه تغيير السلوكيات التى تسهم فى العلاج النفسى. على سبيل المثال، قد يدرك مرضى الوسواس القهرى أن سلوك الوسوسة لديهم مفرد، ولا تكيفى ومع ذلك، قد يشعرون أيضاً أن عدم الانخراط فى هذا السلوك من الممكن أن يتبعه نواتج مخيفة وكوارثية (محتوى الوسواس).

على نحو مشابه، قد يشعر مرضى اضطراب القلق العام بالتوتر عند شعورهم بالقلق، ولكنهم أيضاً قد يرون القلق على أنه طريقة للتحكم فى القلق. يتمثل دور المعالج النفسى فى مساعدة المرضى على دفع كفتى الميزان نحو تغيير السلوك من خلال مساعدة المريض على إدراك أن هناك مكاسب كثيرة عند ما يستبدل السلوكيات القديمة، اللاتكيفية، بسلوكيات جديدة، تكيفية، ومن خلال تضخيم التنافر بين الموقف الحالى للمريض، وموقفه المرغوب فيه، فإذا نظر الشخص إلى سلوكه الحالى ورآه أنه يتعارض مع الأهداف الشخصية الهامة، أو القيم الشخصية الهامة، فمن المحتمل أن يغيره. ويتمثل دور المعالج النفسى فى تعزيز الدرجة التى يدرك عندها سلوك معين على أنه متناقض مع أهداف وقيم الفرد، وهذا سوف يزيد من احتمالية تغيير السلوك. هناك بعض جهادات العلاج النفسى فى تعزيز الدرجة التى يدرك عندها سلوك معين على أنه متناقض مع أهداف وقيم الفرد، وهذا سوف يزيد من احتمالية تغيير السلوك. هناك بعض مهارات العلاج النفسى الهامة لتطبيق هذا المبدأ، وهى: التعرف، التأمل الانتقائى للعبارات أو الأفكار الوجدانية التى تدغم تغيير السلوك.

التمايل مع المقاومة

إن الهدف من المقابلة الدافعية هو تشجيع المرضى على حل التناقض لديهم من خلال اختيار تبنى سلوكيات تكيفية. ولكى يتحقق هذا الهدف، فإن المعالج النفسى لا يتناقض من أجل تغيير السلوك، لأن ذلك قد يودى إلى أن المريض يقدم مناقشات ضد تغيير السلوك، فمن الممكن أن يصبح العلاج صراعاً بين المعالج النفسى والمريض، بدلاً من كونه عملية تشاركية.

ولكى يتجنب المعالج النفسى هذا، عليه أن يستجيب للمقاومة أو التناقض الذى يعبر عنه المريض، ليس بالمواجهة، ولكن بالفهم والتعاطف، مع وجود هدف يتمثل فى استكشاف المناظير البديلة من المريض، فلا بد أن نبدأ استراتيجيات التغيير من عند المريض، وليس من عند المعالج النفسى، كما ينبغى أن يتوقع المعالج النفسى المقاومة من جانب المريض. وعلى المعالج النفسى أن يشرك المريض - كاستجابة لهذه المقاومة - فى مناقشة لاستكشاف طرائق كل هذا التناقض من خلال مناقشة استراتيجيات حل المشكلة، وفى الوقت ذاته يصدق على هموم

المريض، مستخدماً الأسئلة ذات النهاية المفتوحة لاستدعاء مناظير جديدة، وتيسير استراتيجيات حل المشكلة.

دعم فعالية الذات

لقد أوضحت أبحاث باندورا Bandura (1977) أن الاعتقاد فى قدرة الفرد على التغيير الناجح للسلوك مؤثر على التغيير الفعلى للسلوك. لذا، فإن اعتقاد المريض فى قدرته على تغيير السلوك بنجاح (فعالية الذات لديه) هام فى الشروع فى تغيير السلوك. دور المعالج النفسى يتمثل فى تشجيع فعالية الذات من خلال تعزيز التغيير الايجابى للسلوك، ومن خلال إرشاد المريض نحو نقاط ناجحة اتخذت أو يحاول المريض اتخاذها نحو تغيير السلوك. بوجه عام، من المعتقد أن تغيير السلوك أثناء المقابلة الدافعية تتقدم فى مرحلتين مستقلتين (Miller&Rollnick.1991).

المرحلة الأولى تركز على بناء الدافعية من أجل تغيير السلوك أو القيم. كما أنها التكاليف والفوائد المرتبطة بتغيير السلوك. أما المرحلة الثانية، فتركز على تعزيز اعتقاد المريض فى قدرته على التغيير الناتج للسلوك اللاتكيفى.

هذه المرحلة تعول على التوازن القرارى التحويلى عن طريق فعالية الذات لدى المريض من أجل تغيير السلوكيات اللاتكيفية بنجاح. تشتمل الأساليب المفيدة لهذه المرحلة على وضع أهداف دقيقة لتغيير السلوك، وضع، واستكشاف خطط مختلفة لتغيير السلوك، والالتزام بتنفيذ خطة تغيير السلوك. فى هذه المرحلة، ينبغى اعتبار استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى التى تم تهيئها للفرد. هذه الاستراتيجيات سوف نلخص لها فى الفصول التالية. كل هذه الاستراتيجيات تم إجراؤها فى سياق عملية العلاج المعرفى السلوكى العامة.

يتردد المرضى فى دافعتيهم بشكل ملحوظ، دخولاً وخروجاً إلى المراحل المختلفة، وحتى يقفزون بين المراحل المختلفة للنموذج. ومع ذلك، من المفيد اعتبار هذا النموذج لتوكيد فرض عملى عند إجراء العلاج مع المرضى لكى نطبق طرائق المقابلة الدافعية لدفع المرضى للاستمرار فى العلاج إذا لزم الأمر.

التقويم

متى خضع المريض للعلاج، وتم استشارة دافعيته لذلك، فإن أول خطوة فى أى علاج ينبغى أن تكون التقويم التشخيصى الواعى، ويمكن تحقيق ذلك بشكل أفضل من خلال مقابلات فردية شبه بنائية مثل المقابلة الشخصية العيادية البنائية للدليل التشخيصى (First et al, 1995). يمكن للطبيب المدرب الماهر أن يستخدم مباشرة معايير الدليل التشخيصى لتحديد وجود أو عدم وجود اضطرابات معينة. من الأهمية بمكان قياس الاضطرابات التى يفترض الطبيب وجودها، بالإضافة الى الإعلان عن وجود اضطرابات أخرى، والتى قد تبدو غير مرتبطة بالاضطرابات. لا بد للأطباء ذوى الخبرة من أن يكونوا منفتحين، ولديهم الرغبة فى مراجعة التقويم العيادى الأول،والذى يتعلق بمشكلة المريض. وهذا يعنى أن الطبيب ينبغى أن يجد دليلاً يؤيد افتراضه، وأيضاً يجمع المعلومات التى تناقض، وتثبت خطأ الافتراضات الأولى.بالإضافة إلى التقويم التشخيصى،من المفيد أن يطلب من المريض الاحتفاظ بمذكرة يومية،يكتب فيها -على الأقل- يوم، وتاريخ، وموقف ووصف المشكلة محل العلاج (مستوى المزاج،مستوى القلق.أ.خ).

بالإضافة إلى كون هذه المذكرات مؤشراً على التغيير،فإنها أيضاً يمكن أن تحدد أى ظروف أو مثيرات للمشكلة.عند الحد الأدنى، ينبغى أن يجيب التقويم على الأسئلة الرئيسية التالية:

- ماهى شكاوك الرئيسية؟ يأتى المرضى ومعهم عدد من المشكلات المختلفة والمترابطة إلى حد ما. إن تحديد المشكلة الرئيسية خطوة هامة نحو الشفاء.
- لماذا قرر المريض البحث عن المساعدة عن هذه النقطة؟.الحالات المرضية عبارة عن مرض مزمن. يخبر المريض أن لديه مشكلات نفسية منذ سنوات طوال قبل التوجه إلى أخصائى الصحة العقلية.إن علة اتخاذ المريض قراراً بشأن البحث عن، أو السعى نحو طلب المساعدة عند هذه النقطة تعطى فى الغالب معلومات هامة ذات صلة بالعلاج. على سبيل المثال، المهنة الجديدة قد تعنى أن الشخص الذى لديه اضطراب القلق الاجتماعى سوف ينبغى عليه

التعامل مع تفاعلات اجتماعية أكثر، أو زوج المرأة التي تعاني من الاكتئاب سوف ينهى علاقته بها، أو سوف يهددها بالطلاق إذ لم تشفى من هذا المرض.

- ما هو تاريخ المشكلة؟ على الرغم من أن الأمراض النفسية أمراض مزمنة، فإن أعراض معينة تزداد وتتناقص. إن القياس التفصيلي لتاريخ المشكلة من الممكن أن يعطى الطبيب إلماعات هامة عن أى عوامل لها دور. على سبيل المثال، قد يرتبط الاكتئاب لدى المريض بالتغيرات فى الوظائف أو فى البيئة الأسرية. إذا كانت التغيرات فى الأعراض ترتبط بشكل مباشر بالتغيرات الخارجية النوعية، يُنصح باستكشاف ما إذا كانت هناك أى فوائد من المشكلة. على سبيل المثال، الاكتئاب قد ينتج عنه أيام ضائعة كثيرة فى العمل، ولكن قد يرتبط قليل من التوتر بنشاط معين فى العمل. هذا الكسب الثانوى Secondary gain للاضطرابات عامل هام يمكن أن يسهم فى الإبقاء على المشكلة.

- ما هو التاريخ المرضى للمريض؟ بالإضافة إلى تاريخ وجود المشكلة، ينبغى أن يجمع الطبيب معلومات تفصيلية عن التاريخ المرضى للمريض، وحتى إن بدا هذا غير مرتبط بالمسألة الحالية. من المحتمل أن ترتبط مشكلات نفسية أخرى بالمسألة الرئيسية، حتى وإن لم لأن المريض يتجنب الاحتكاك الاجتماعى ويؤدى إلى حياة انعزالية بدون تفاعلات اجتماعية كثيرة.

- ما هو التاريخ الأسرى والاجتماعى الهام؟ إن معرفة التاريخ الأسرى والاجتماعى يمكن أن يعطى الطبيب فكرة عن إسهام العوامل الجينية والبيئية الأخرى. ومع ذلك، حتى لو أعلنت الأسرة عن مشكلات نفسية، بما فى ذلك بعضاً من نفس المشكلات الحالية للمريض، فإن هذا لا يعنى أن المشكلة لا يمكن استهدافها من خلال التدخل النفسى الفعال. السبب فى نمو المشكلة فى المكان الأول ليس هو نفس السبب الذى يؤدى إلى الإبقاء عليها.

العملية العامة للعلاج المعرفى السلوكى

متى أستكمل التقييم الشامل، وتم استثارة الدافعية لدى المريض، يمكن عندئذ البدء فى العلاج. تعتمد الاستراتيجيات النوعية على المشكلة الرئيسية، وسوف نقوم بشرح هذه

الاستراتيجيات لاحقاً. على الرغم من أن هذه الاستراتيجيات موجهة نحو اضطرابات معينة، إلا أنها تظهر عدداً من القواسم المشتركة فيما يتعلق بالعملية العامة. هذه القواسم المشتركة نعرض لها كما يأتي:-

تحقيق علاقة علاجية جيدة:

التفاعلات الموجبة بين المعالج النفسى والمريض ينبع من العلاقة التشاركية بوجه عام ينبغي أن يكون سلوك المعالج النفسى أميناً، وداقناً. لا ينبغي اعتبار المريض لا حول له ولا قوة، ولا ينبغي اعتباره سلبياً، ولكن ما ينبغي هو اعتباره خبير بمشكلاته الشخصية لذا، يشترك المرضى بنشاط وفعالية فى عملية العلاج على سبيل المثال، يشجع المعالج النفسى المرضى على صياغة، واختبار فروض معينة من أجل الحصول على فهم أفضل عن العالم الحقيقى، وعن مشكلاتهم أيضاً. ينصب التركيز أثناء العلاج على حل المشكلات.

يتمثل دور المعالج النفسى فى العمل مع المريض على إيجاد حلول تكيفية للمشكلات القابلة للحل. كل خطوة من خطوات العلاج النفسى واضحة، ولها ما يبررها. يشجع المعالج النفسى المرضى على طرح أسئلة لضمان أنهم يفهمون المدخل العلاجى ويتفقون معه.

إن الدور الأساسى الأول للمعالج النفسى فى العلاج المعرفى السلوكى نشط جداً. ينبغي أن يُعلم المعالج النفسى المرضى عن المبادئ الأساسية لهذا المدخل العلاجى، بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يجد المعالجون النفسيون أن المرضى بحاجة إلى توجيه شديد فى بداية مراحل العلاج النفسى لمساعدتهم على التحديد أو التعرف الناجح على المفاهيم الخطأ، والأفكار الآلية ذات الصلة. كلما تقدمت عملية العلاج، من المتوقع أن يصبح المريض أكثر نشاطاً فى العلاج.

يقوم المعالج النفسى الماهر فى العلاج المعرفى السلوكى بتعزيز استقلالية المريض، وفى الوقت نفسه يكون هو على وعى بالحاجة المستمرة للدعم والتعليم أثناء بدء المريض فى تطبيق مفاهيم العلاج المعرفى السلوكى على صعوباتهم أو مشكلاتهم.

التركيز على المشكلة

العلاج المعرفى السلوكى عملية حل للمشكلات، وتشتمل هذه العملية على توضيح حالة المشكلة الحالية، وتحديد الهدف المرغوب فيه، وإيجاد الوسائل المعينة للوصول إلى الهدف. لذا، يناقش المعالج النفسى والمريض أهداف العلاج النفسى فى بداية العلاج، بما فى ذلك تحديد نوع التدخلات التى يفترض استخدامها للوصول إلى الأهداف، وتصور النواتج القابلة للملاحظة التى تشير إلى أن كل هدف قد تم تحقيقه. إن صياغة حالة العلاج المعرفى السلوكى من الممكن أن تيسر هذه الخطوة.

الهدف من التقييم الذى يقوم على الصياغة هو تحديد المعتقدات الرئيسية التى تقف خلف المفاهيم الخطأ، والأفكار الآلية ذات الصلة من أجل التدخل الفعال أثناء العلاج ضمن خلال عملية الحد من المشكلة، يقوم المعالج النفسى، والمريض بعد ذلك بتحديد المشكلات التى لها نفس الأسباب ووضعها جميعاً فى مجموعة واحدة. متى تم تحديد المشكلة الرئيسية، يقوم المعالج النفسى بتجزئتها إلى مشكلات من مكونات من أجل التغلب عليها فى حالة معينة. يقوم المعالج النفسى بشكل متكرر باستخراج التغذية الراجعة من المريض خلال العلاج لضمان أن جهود حل المشكلات فى الهدف، مع الأهداف المحددة.

التعرف على الحالات اللاتكيفية

متى تعرف المرضى على مشكلاتهم وأهدافهم من العلاج، يقوم المعالجون النفسيون بتشجيعهم على الوعى بأفكارهم وعمليات التفكير لديهم. كما أوضحنا فى الفصل الأول، يتم تقسيم المعارف عامة إلى أفكار آلية سلبية ومعتقدات سلبية (أحياناً يطلق عليها أيضاً المعتقدات المختلفة وظيفياً أو اللاعقلانية). الأفكار الآلية السلبية عبارة عن أفكار أو أخيلة تحدث فى موقف معين عندما يشعر الفرد بأنه مهدد بطريقة أو بأخرى.

وعلى الجانب الآخر، فإن المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية عبارات عن افتراضات يصنعها الفرد عن العالم، والمستقبل، ونفسه هذه المعتقدات الرئيسية العامة تقدم مخططاً يحدد الكيفية التى قد يفسر بها الفرد موقفاً معيناً - كما هو الحال مع الأفكار الآلية، فإن المعالج النفسى يمكن أن يحدد المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية من خلال عملية الاستجواب الموجه.

تحدي المعارف اللاتكيفية

بمعالجة المعارف اللاتكيفية كفروض، يأخذ المرضى دور الملاحظين، العلماء، أو المستكشفين، وليس دور الضحية لمشاكلهم. لكي يتم تحدي هذه الأفكار، يناقش المعالج النفسى والمريض الدليل على، أو ضد افتراض معين محل خلاف، وينخرطان معاً فى ما يسميه بيك الحوار السقراطى. يمكن أن يحدث ذلك بطرائق عديدة، من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمرضى، التقييم التجريبي للموقف، تقييم نواتج الموقف، وإعطاء المرضى الفرصة لاختبار فروضهم بعرضها على الأنشطة أو المواقف المخيفة أو التى يجب تجنبها.

فى البداية، يطلب من المرضى فى الغالب توليد بدائل عقلانية لاستجاباتهم اللاعقلانية للموقف المتحدى، وعندما يكتسب المرضى هذه المهارة، فإنه يتم تشجيعهم على استخدام مهارتهم قبل وأثناء المواقف الصعبة.

بالإضافة إلى ذلك، مع وجود الطبيعية الآلية للأفكار السالبة، فإن إعادة البنية لهذه الأفكار بشكل متكرر ومستمر مطلوب قبل تحدي الأفكار. ومن المقترض أن بمزيد من الممارسة، يصبح التفكير آلياً وأكثر دقة.

اختبار صحة الأفكار

متى تم التعرف على الأفكار اللاعقلانية، وتم تحديها، عندئذ يطلب من المرضى اختبار المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية التى كانوا يعتنقونها فى الماضى، ومن خلال مواجهة المثيرات (المواقف، الأحاسيس الجسمية، الأخيلة، الأنشطة) التى تستثير الانفعالات السالبة (القلق، الخبرة، الإحساس بالذنب)، فإن لدى المرضى الفرصة لإجراء تجارب ميزانية لدراسة صحة افتراضاتهم.

استبدال المعارف اللاتكيفية بأخرى تكيفية واستخراج التغذية الراجعة أحد أصعب الخطوات فى العلاج المعرفى السلوكى هو استبدال المعارف اللاتكيفية بمعارف أخرى تكيفية. ويرجع ذلك إلى ان العادات مثل الأفكار الآلية يمكن أن تقاوم وبشدة التغيير. ليس من أهداف العلاج المعرفى السلوكى إظهار للمريض أن أفكاره سخيفة، ولا يهدف أيضاً إلى تعليمهم أساليب التفكير الايجابي. بدلاً من ذلك فإن الهدف هو اختبار فروض المريض، وإذا كانت

هذه الفروض غير صادقة، يعد لها من أجل أن يحصل المريض على منظور واقعى عن العالم الحقيقى. الاختبارات المباشرة من خلال التجارب السلوكية تقدم التغذية الراجعة الضرورية لاستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية.

فئات المعارف اللاتكيفية

من الممكن أن تؤدى المعرف اللاتكيفية إلى تشويه الحقيقة لأنها تؤدى إلى سوء فهم للموقف والمبالغة فيه. فى الفصل الأول، حددنا نوعين عامين من أنماط التفكير اللاتكيفية: الإفراط فى تقدير الاحتمالية Probability overestimation (الإفراط فى تقدير احتمالية حدث غير سار، أو غير محتمل أصلاً)، والتفكير الكوارثى Catastrophic Thinking (توقع حدوث كارثة بسبب حدث غير سار، على الرغم من أنه ليس بكوارثى). هذان النمطان من أنماط التفكير غالباً ما يؤديان إلى عدد من الأفكار الآلية (Burns, 1980).

هذه القائمة ليست كاملة، وليس من الضروري مناقشة كل فئة مع المريض فى العلاج النفسى، على الرغم من أن البروتوكولات العلاجية السابقة كانت تفعل ذلك. بدلاً من ذلك، فإن الغرض من هذه القائمة هو تزويد القارئ بأمثلة عن بعض الأفكار اللاتكيفية التى يمكن مواجهتها فى العلاج النفسى. لتوضيح كل خطأ، يتم إعطاء مثال بسيط عن شخص يعانى من قلق التحدث أمام الآخرين.

التفكير الأبيض والأسود

هذه المعرفة اللاتكيفية تقسم الحقيقة إلى فئتين مميزتين. فكل شئ ينظر إليه على أنه إما أسود (سيئ)، أو أبيض (جيد)، ولا وجود لأى ظل رمادى. على سبيل المثال، إذ لم يكن الأداء الاجتماعى لشخص ما جيد تماماً، فإن هذا الموقف يفسر على أنه فشل ذريع.

الشخصنة

تؤخذ الأحداث السالبة بشكل شخص. على سبيل المثال، لو أن شخص ما تئأب، فإن المتحدث قد يستنتج أن الجميع قد شعروا بالملل. ومع ذلك، قد يتئأب المرء لأنه لم يأخذ القسط الكافى من النوم الليلية السابقة.

التركيز على السلبيات

يركز المرء على التفاصيل السالبة، ويتجاهل الجانب الايجابي للموقف أو الحدث، وكنتيجة لذلك، يصبح إدراك الحقيقة سودوي، مثل قطرة الحبر التي تغير اللون الأبيض للماء. على سبيل المثال، يركز المتحدث بشكل مبالغ فيه على الشخص الذي يتشاءب في الاجتماع، بالإضافة إلى أي مظهر سلبي آخر للموقف والذي يؤكد على الاعتقاد بأن الحضور قد شعروا جميعاً بالملل القاتل.

عدم أهلية الإيجابيات

يتغافل الشخص عن المظاهر الإيجابية للموقف على سبيل المثال، حتى لو بدا كثير من الحضور متشوقين للحديث، فإن المتحدث لا يزال يركز على الفرد الذي يتشاءب.

الخلوص السريع للاستنتاجات

يستخلص الفرد تفسيراً سلبياً من حدث ما، على الرغم من عدم وجود دليل قوى يدعم ذلك على سبيل المثال، ربما يتوقع المتحدث أن العرض مصيبة، ويكون على قناعة بأن هذا التنبؤ حقيقة مؤكدة. يعرف هذا بـ "خطأ العراف Fortune teller error".

هناك تعبير آخر عن هذا الخطأ يحدث في حالة عندما يعتقد المتحدث أن رد فعل المستمع نحو المتحدث سوف يكون سلبياً على الرغم من عدم وجود دليل واضح على هذا الاقتراض، وهذا ما يسمى أيضاً بـ "خطأ قراءة التفكير Mind Reading Error".

توقع السيئ

على نحو مشابه، فإن توقع الكارثة يحدث عندما يخرج المرء الأشياء عن نطاقها الطبيعي. على سبيل المثال، ربما يعتقد المتحدث نظراً لسوء أداءه في العمل ذات مرة أن رئيسه في العمل سوف يطرده من العمل، وهذا يعني أن حياته العملية سوف تنتهي

الإفراط في التصميم

يرى المتحدث حدثاً سالباً على أنه لا نهائى على سبيل المثال، قد يعتمد المتحدث أن العرض السيئ، وأن عليه أن يغير مجرى حياته المهنية.

الاستدلال الإنفعالي

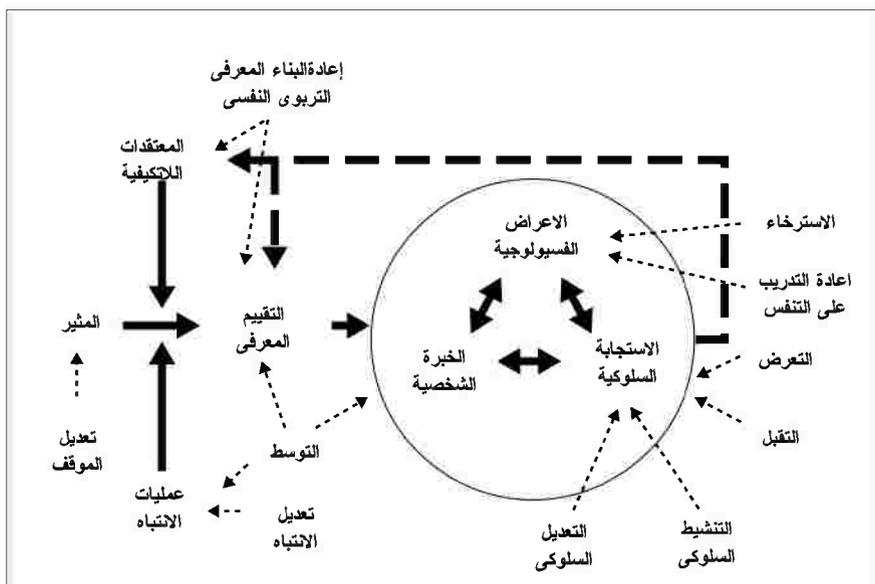
هذا الخطأ هام على وجه الخصوص في فهم علة استمرار المعارف اللاتكيفية والاضطرابات النفسية ومقاومتها للتغير. يحدث هذا الخطأ عندما يفسر المرء استجابة انفعالية لفكرة ما

كدليل على صحة هذه الفكرة وصدقها لذا، إذاً، تسببت فكرة ما (القلق بشأن عدم التوظيف مثلاً) في التوتر إذاً، فإن الشخص الذى ينخرط فى الاستدلال الانفعالي يستخدم التوتر كدليل على أن لديه ما يبرر القلق بشأن خسارته لوظيفته.

هذه الفئات تعمل كواصفات عامة. إن مناقشة هذه الأمثلة مع المريض تساعد على توضيح أن المعارف اللاتكيفية العينية لدى المريض ليست فريدة، وأن كثيراً من الناس يمرون بها.

الفئات العامة للعلاج المعرفى السلوكى

يستخدم العلاج المعرفى السلوكى استراتيجيات متنوعة لاستهداف المكونات المختلفة لنموذج العلاج المعرفى السلوكى. الشكل (٢) يصور ملخصاً لهذه الاستراتيجيات العامة، وهذه الاستراتيجيات تعتمد على مشكلات معينة مستهدفه، وسوف نفضلها فى الفصول التالية.



الشكل (٢) استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى

تشتمل الاستراتيجيات على تعديل الانتباه، وتعديل الموقف لتغيير المثيرات المشيرة. إعادة البناء المعرفى أحد الاستراتيجيات الرئيسية تستخدم لتعديل الأفكار أو المخططات اللاتكيفية. استراتيجيات التوسط - التى تشتمل على توسط الحب - العطف - يمكن أن

تكون استراتيجيات لتنظيم الانفعالي مفيدة، ومن خلالها يمكن المساعدة فى إعادة البناء المعرفى .

أما إجراءات التنشيط السلوكى، والتعديل السلوكى موجهة بشكل مباشر نحو المكونات السلوكية للاستجابة. الانفعالية. على نحو مشابه، فإن الاسترخاء، وإعادة التدريب على التنفس يمكن تطبيقها لتعديل الأعراض الجسمية المصاحبة للأمراض النفسية. كما أن الميل للتجنب يمكن أن يلعب دوراً هاماً فى الإبقاء على الاضطراب النفسى، علاوة على ذلك، فإن استراتيجيات التقبل والتعرض يمكن أن تستهدف مباشرة سلوكيات التجنب الخبراتي، أو سلوكيات التجنب الصريح، ولذا تتداخل مع حلقة التغذية الراجعة الموجبة التى تؤدى إلى الإبقاء على الاضطراب.

فى حين أن الشكل (٢) يبين تصوراً تخطيطياً لكل هذه الاستراتيجيات، سوف نقدم وصفاً تفصيلياً لكل هذه الأساليب فيما يلى.

تعديل الموقف والانتباه

يمكن التعامل مع الاستجابة لموقف ما، أو حدث ما بتعديل الموقف أو الحدث المسئول عن إحداث التوتر. على سبيل المثال، يمكن تقليل التوتر فى العمل، أو إزالته من خلال إعادة بناء العمل، أو من خلال التوقف عن العمل تماماً. على نحو مشابه، فإن المشكلات الزوجية يمكن حلها من خلال تحسين العلاقة، أو النزوع إلى الطلاق. من الممكن التركيز على المظاهر الأقل توتراً للحدث أو الموقف، والتركيز على المظاهر السارة والممتعة، لذا يتم تغيير الخبرة العامة للحدث أو الموقف.

❖ إعادة البناء المعرفى

العنصر الرئيسى فى العلاج المعرفى السلوكى هو إعادة البناء المعرفى للمخططات. المخططات عبارة عن المعتقدات الرئيسية عن العالم، والذات، والمستقبل. هذه المخططات المعرفية تحدد التقييم المعرفى لموقف ما، أو حدث. على سبيل المثال، الفئاه التى واجهت العديد من العلاقات البيئشخصية غير الثابتة والضارة فى الماضي من المحتمل أن تفكر فى أن الشخص الذى التقى بها مؤخراً يقضى معها بعض الوقت فقط. إن الخبرات المتكررة مثل هذه يمكن أن تعوق العلاقة، وتؤدى إلى توقع الحدوث بشكل تلقائى.

في العلاج المعرفي السلوكي، يتم معالجة التقييمات اللاتكيفية على أنها فروض قد تكون صحيحة أو غير صحيحة. ولكي يستكشف المرضى صدق هذه الأفكار، فإنهم يأخذون دور الملاحظ، أو العالم، أو المستكشف، وليس دور الضحية لهذه الأفكار. ولكي تتم دراسة صدق المعارف اللاتكيفية، فإنه يتم استخدام مصادر مختلفة للمعلومات.

على سبيل المثال، ربما يناقش المعالج النفسي والمريض الدليل على، أو ضد افتراض معين محل خلاف، وينخرطون فيما يسميه بيك الحوار السقراطي. يحدث هذا من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض، والتقييم التجريبي للموقف ونتائجه. هناك طريقة أخرى لفحص صدق التفكير، ويمكن تحقيقها بتشجيع المرضى على الاختبار المباشر لفروضهم من خلال التجارب السلوكية، مع أساليب التعرض.

كما أوضحنا في الفصل الأول، فإن أنواع المعارف اللاتكيفية تبين فروقاً جديرة بالاعتبار بين الاضطرابات ويمكن تصنيفها عموماً إلى مفاهيم خطأ ترجع إلى التقدير الخاطئ أو المبالغ فيه للاحتمالية. وهو خطأ معرفي يحدث عندما يبالغ المرء في النواتج السالبة لموقف ما. المخططات عبارة عن معتقدات شاملة، تستثير أفكار لا تكيفية معينة. على سبيل المثال، قد يكون لدى مرضى الاكتئاب المخطط التالي: "ليس لي اي قيمة"، كلما قد يرى مرضى القلق العلام على أنه مكان خطير. يمكن التعبير عن المخططات أيضاً في شكل المعارف عن المعارف. الحالة وثيقة الصلة بالموضوع هي حالة اضطراب القلق العام. فالأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق العام يشعرون بالقلق المفرط بشأن عدد من الأشياء مثل حياتهم المالية، والمستقبل، والصحة.

أما ما وراء المعارف اللاتكيفية، فقد تكون معتقدات بشأن الوظيفة الممكنة لهذا القلق. على سبيل المثال، قد يعتقد بعض الناس أن القلق بشأن موقف غير مرغوب فيه يقلل من احتمالية وقوع هذا الموقف أو حدوثه في المستقبل. يمكن تسليم ما وراء المعارف هذه إلى الطريقة التي نتعامل بها مع القلق ونماذج التفكير اللاتكيفي الأخرى.

من الاستراتيجيات الفعالة للتعرف على المخططات اللاتكيفية أسلوب السهم النازل downward arrow technique (Greenberger & padasky, 1995): يبدأ هذا النموذج بالتعرف على التفكير الآلي.

ومع ذلك، بدلاً من مناقشة هذا التفكير أو هذه الفكرة، يتم تشجيع المريض على تعميق مستوى التأثير لديه، واستكشاف هذا التفكير بأمثلة مثل: "ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح؟"، وهذا بدوره سوف يؤدي إلى ظهور افتراض شرطي _ مستوى من المعرفة يأخذ شكل "لو... إذا". هذه "القواعد" تحدد الظروف والنتيجة الانفعالية المختلفة وظيفياً.

بوجه عام فإن هذه القواعد لها وجود على الأقل عند المستوى الأدنى من الوعي، بحيث نادراً ما يكون المريض قادراً على التفكير فيها. في هذه الحالات، يقوم المعالج النفسي بالكشف عن نوع القاعدة الانفعالية التي تبدو أنها تحدث مرة أخرى في صعوبات المريض ومشاكله.

قد تشترك بعض المواقف في نفس المظاهر، وتسبب استجابات انفعالية مشابهة؛ وهذا يعني في الغالب أن القواعد المتشابهة تعمل عبر هذه المواقف. من الممكن أن يقوم المعالج النفسي في البداية بذكر القاعدة، ثم يكون هناك جهد تشاركي لتعديل كلمات الافتراض الشرطي.

وفي أوقات أخرى، قد يكون المرضى على وعي بمعتقداتهم الشرطية، وسوف تكون لديهم القدرة على ذكر القاعدة التي تبدو على أنها تحكم استجابات الانفعالية والسلوكية للمواقف.

بالمقارنة مع القواعد الشرطية، فإن المعتقدات الرئيسية تمثل وجهات نظر متطرفة - من جانب واحد عن الذات، وعن الآخرين، وعن العالم. فالمعتقدات الرئيسية - كما هو مفترض - عبارة عن وجهات نظر متطرفة - تكونت نتيجة للخبرات السابقة. أما عن محتواها، فيتباين لدى كل فرد، ولكن من الأهمية بمكان التأكيد على أن المعتقدات الرئيسية طرائق لفهم العالم، وهي معتقدات عقلانية في الظروف التي نشأت فيها.

الشيء الأكثر أهمية في التعرف على المعتقدات الرئيسية يتمثل في شرح هذه المفاهيم في العلاج النفسي. يشجع المعالج النفسي المرضى على رؤية أفكارهم الآلية على أنها ثمرات شيء ما يؤثر بعمق في تفسيراتهم للأحداث مع الوقت. كما ينبغي تقديم الأساس المنطقي (التعليم السابق) حيث انه هام للمريض من أجل أن يفهم أن معتقداته الرئيسية السالبة ليست عشوائية، أو عرضية، ولكنها نتائج خبرات سابقة يمكن فهمها.

المعتقدات الرئيسية غالباً ما تأخذ شكل عبارات مثل: "أنا فاشل"، "أنا شخص غير مرغوب فيه"، "أنا في خطر دائم". عادة ما يمر المرضى بمشاعر جديدة بالاعتبار عن تعرضهم لمعتقداتهم الرئيسية، وتذرف أعينهم، وينتابهم الحزن، والقلق. وهذه عادة علامة على أن نوع بارز من التجهيز قد حدث. يمكن تطبيق العديد من الأساليب المستخدمة لتغيير الأفكار

الآلية (مثل: دراسة أو فحص الاضطرابات، جمع الأدلة) على مستويات أعمق من المعرفة، على الرغم من أن تغيير المعتقدات سوف يستغرق وقتاً أطول ويحتاج إلى جهد أكبر من تغيير التفكير الآلي السلبي.

بالإضافة إلى هذه الأساليب، هناك ثلاث عمليات أخرى تساعد في تغيير المعتقدات الرئيسية. أولاً: لابد أن يكون لدى المرضى قصة تتعلق بنمو هذه المعتقدات. ثانياً، يحتاج المرضى رؤية هذه الخبرات بموضوعية، وبشكل منظومي، ويعترفون بأنهم تعلموا شيئاً ما سلبياً، ومدمر بشكل كبير. ثالثاً، من الأهمية بمكانه احياء الأمل بأن أنواع المعتقدات هذه يمكن " إعادة تعلمها " بمساعدة من الاستراتيجيات التي يتم تعلمها في العلاج النفسي.

متى أترف المرضى بالحاجة لتغيير المعتقدات الرئيسية، يمكن عندئذ تشجيعهم على إبداع معتقدات رئيسية بديلة، كما فعلوا ذلك بالنسبة للأفكار الآلية البديلة والافتراضات الشرطية. متى تم التعرف على وتحديد المعتقدات البديلة، يتم عندئذ تشجيع المريض على جمع الأدلة عن المعتقدات الرئيسية القديمة، والمعتقدات الرئيسية البديلة الأكثر تكييفاً.

وهذا بدوره يشجع المريض على رؤية الخبرات اللاحقة من خلال فلتر (مرشح) جديد وقيم هذين النوعين من المعتقدات ليتعرف على أيهما يناسب حالته الراهنة.

الجلسات التي تركز على المعارف العميقة أقل بنية من الجلسات السابقة، لأنها من ناحية - تغطي مجالات أكثر للحياة، وليس لها تسجيل للأفكار كموضوع واحد. قد تشمل المناقشات على التأمل في أحداث الحياة السابقة، مع التركيز على صرامة افتراضات شرطية معينة، واستكشاف معتقدات رئيسية، ولكن تسير بشكل سلس بين هذه النقاط. وفي الوقت نفسه، يحتاج المعالجون النفسيون إلى الانتباه إلى الفرص التي تتعلق بتطبيق العديد من التدريبات مثل السهم النازل، سجل الأحداث الموجبة، وصفحات عملية للمعتقدات الرئيسية (Beck, 1979).

التأمل

العلاج النفسي القائم على التأمل - Mindfulness - based therapy - مثل العلاج المعرفي السلوكي القائم على التأمل (Segal, et al, 2002)، وتقليل الضغوط القائم

على التأمل (Zabat - zinn,1994) - جميعها أصبحت أشكالاً شائعة من أشكال العلاج في العلاج النفسي المعاصر. (baer,2003, hayes,2004, hofman,2010)

التأمل - mindfulness - كما يستخدم في الأدبيات المعاصرة - يشير إلى حالة عقلية تتسم بالوعي اللاحكمي بخبرات اللحظة الحالية، بما في ذلك أحاسيس المرء، وأفكاره، وحالاته الجسمية، ووعيه، وبيئته، وتشجع على الانفتاحية، وحب الاستطلاع، والتقبل (bishop et al,2004, kabat-zinn,2003, Melbourne,2006).

يميز بيشوب ورفاقه (Bishop et al,2004) بين مكونين من مكونات التأمل: ينطوي أحدهما على التنظيم الذاتي للانتباه، وينطوي الآخر على التوجه نحو اللحظة الحالية التي تتسم بحب الاستطلاع، والانفتاحية، والتقبل.

تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العلاج النفسي القائم على التأمل تدخل فعال ومفيد في التقليل من الحالات النفسية السالبة، مثل الضغوط، القلق، والاكتئاب (Hofman,2002). هذا الاستعراض للأدبيات حدد ٣٩ دراسة أجريت على ١,١٤٠ مريضاً تلقوا العلاج النفسي القائم على التأمل لمدى واسع من الحالات، اشتملت على السرطان، اضطراب القلق العام، الاكتئاب، وحالات نفسية وطبية أخرى. تشير تقديرات حجم التأثير أن العلاج القائم على التأمل تصحبه تأثيرات قوية لتحسين أعراض القلق والمزاج لدى مرضى اضطرابات القلق والمزاج.

بالإضافة إلى ذلك، كان حجم التأثير قوياً وغير مرتبط بعدد جلسات العلاج، أو سنة النشر. تشير هذه النتائج إلى أن العلاج القائم على التأمل تدخل واعد في علاج مشكلات القلق والمزاج لدى المرضى. كما أن هناك شكل آخر من أشكال ممارسة التأمل له قيمة عالية كأداة للعلاج النفسي ألا وهو التأمل بالحب- والعطف loving-kindness meditation.

في ممارسة التأمل هذه، يعقد الأفراد النية للمرور بخبرة الانفعالات الموجبة أثناء التأمل نفسه، وأيضاً في حياتهم كلها، ويتمثل الهدف من ذلك في التعلم عن طبيعة عقل الفرد وتفكيره، والاستغناء عن الافتراضات الخاطئة التي تتعلق بمصادر سعادة الفرد (Dalai lama & Culter , 1998). هذه الخبرات بدورها يمكن أن تحوّل وجهة النظر الرئيسية للمرء

عن نفسه في علاقته بالآخرين، وتزيد من التعاطف العام. هذا الأسلوب الخاص من التأمل مفيد تحديداً في علاج الغضب، العدوان، والصراع البينشخصي.

التقبل

أساليب التقبل استراتيجيات هامة لتقبل والخضوع للعلاج النفسي؛ وهي شكل جديد من أشكال العلاج النفسي ترجع جذورها إلى التحليل السلوكي (hayes,2004) على الرغم من أن التقبل والخضوع للعلاج النفسي acceptance and commitment therapy معاكس للنموذج المعرفي، إلا أن استراتيجيات التقبل متناغمة مع العلاج المعرفي السلوكي (Hoffman & Asmund son,2008).

الأهداف العامة للتقبل والخضوع للعلاج النفسي تتمثل في تعزيز تقبل الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها، واستثارة النزعة للسلوك والتي تسهم في تحسين الظروف المعيشية. بشكل أكثر تحديداً، فإن الهدف من التقبل والخضوع للعلاج النفسي هو تثبيط التجنب الخبراتي Experiential avoidance، والذي يعني عدم الرغبة في اختبار، أو المرور بخبرة المشاعر السالبة، الأحاسيس الجسمية السالبة، والأفكار السالبة. يمكن اعتبار استراتيجيات التقبل أساليب تُستخدم لتضاد استراتيجيات التنظيم الانفعالي الذي يقوم على الاستجابة اللاتكيفية، مثل الكبت SUPPRESSION.

يشجع المعالج النفسي المرضى على احتضان الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها – مثل القلق، الألم، والإحساس بالذنب – كبدائل للتجنب الخبراتي. والهدف من ذلك هو وضع نهاية للكفاح مع الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها بدون محاولة تغييرها أو إزالتها.

إعادة التدريب على التنفس

ارتبط فرط التنفس hyperventilation بعدد من الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، في عام ١٩٢٩، أُستخدم فرط التنفس لتفسير متلازمة داكوستا Dacosta,s، أو "متلازمة القلب سريع التهيج irritable heart syndrome" الذي أضعف الجنود في الحرب الأهلية الأمريكية.

على نحو مشابه، فإن فرط التنفس أُفترض أنه يفسر "الوهن في الدورة العصبية Neuro Circulatory Asthenia. أو "متلازمة الجهد effort syndrome" في عام ١٩٣٨ (Roth et al,2005). منذ ذلك الوقت، أصبحت تدريبات التنفس مكونات شائعة للعديد من التدخلات النفسية؛ خصوصاً في علاج اضطرابات القلق مثل اضطراب الهلع panic disorder.

التعديل السلوكي

كما هو واضح من الشكل (٢) فإن المشاعر الشخصية، السلوكيات، والأعراض الجسمية تؤثر في بعضها البعض بشكل ثنائي الاتجاه. على سبيل المثال، تؤثر الخبرة الشخصية في التنشيط الجسمي، والسلوكيات، وأيضاً فإن التنشيط الجسمي والسلوكيات تؤثر في الخبرة الشخصية. لذا، فإن تغيرات في التنشيط الجسمي والخبرة الشخصية.

إن تعديل السلوك هو قلب علم النفس، وهذا هو السبب الذي جعل العديد من علماء النفس يطلقون على أنفسهم علماء النفس السلوكيين. على عكس الخبرة الشخصية، والأعراض الجسمية، من السهل نسبياً التحكم في السلوك مباشرةً. بالإضافة إلى ذلك، فإن سبل الاضطرابات النفسية التي يذكرها هذا الكتاب تتأثر - بشكل دال - بالسلوكيات اللاتكيفية المصاحبة لها، كما أن تعزيز السلوكيات التكيفية، وتثبيط السلوكيات اللاتكيفية له تأثير مباشر ودال على المشكلة.

إن تأثير السلوك على التنشيط الجسمي واضح، في حين تأثير السلوك على الخبرة الشخصية قليل، كما أن الأدلة عليه قليلة أيضاً. ومع ذلك، هناك على سبيل المثال طريقة قوية لتغيير الاكتئاب، وهي التنشيط السلوكي Behavioral activation - بمعنى آخر، إن إعطاء تعليمات لمريض الاكتئاب أن يكون نشطاً، وأن ينخرط في أنشطة أو تدريبات سارة، وأن يقاوم الميل للبقاء في السرير، وعزل نفسه طريقة قوية لمقاومة الاكتئاب من خلال وقف الدورة الفاسدة بين عدم التنشيط (الكسل) السلوكي، والأعراض الشخصية، والفسولوجية للاكتئاب.

على نحو مشابه، يمكن معالجة مشكلات نفسية أخرى - بفعالية - من خلال التصرف كما لو لم يكن للمشكلة النفسية وجود أصلاً.

الاسترخاء

لقد كانت استراتيجيات الاسترخاء هي التدخل الشائع لمدى واسع من المشكلات النفسية، بما في ذلك القلق، والاضطرابات المرتبطة بالضغط. ومع ذلك، أظهرت الدراسات التجريبية جيدة التصميم، ونتائج المعالجة أن العلاج النفسي بالاسترخاء ليس إستراتيجية فعالة لعلاج الاضطرابات النفسية مع بعض الاستثناءات (اضطرابات النوم، واضطرابات القلق العام).

العلاج النفسي بالاسترخاء قد يكون مضاد للعلاج النفسي وذلك لبعض الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، مرضى اضطراب الهلع من المحتمل أن ينمّو نوبات هلع نتيجة لممارسة الاسترخاء لأن بعض المرضى يركزون على أعراضهم الجسمية، وهذا يمكن أن يستثير - عن غير قصد - نوبات. هذه النوبات الهلعية التي تستميل الاسترخاء يمكن استخدامها في العلاج كإجراء تحدي إذا ما تم تطوير استراتيجيات أخرى لمواجهة والتحكم في الأعراض الجسمية بطريقة أكثر تكيفية. ومع ذلك، بدون هذه الاستراتيجيات، فإن الاسترخاء كإستراتيجية تدخل وحيدة تأتي بنتائج معاكسة، وتصبح غير فعالة لمشكلات أخرى عديدة. قد يبدو هذا مثيراً للدهشة خاصة مع علمنا بفعالية إعادة التدريب على التنفس لاضطراب الهلع، والذي يشتمل على عنصر الاسترخاء. الفرق الحاسم هو عنصر إعادة التدريب على التنفس، وهو عنصر غير موجود في الأساليب البسيطة للاسترخاء، والذي ربما يشجع المرأة على التركيز على الصورة السارة، وعلى شد واسترخاء العضلات.

تجدر الإشارة إلى أنه أي علاجات معقولة تم تطويرها بغرض إفادة المريض من المحتمل أنها تفيد عدد قليل من المرضى، ويرجع ذلك إلى تأثير إرضاء المريض. بمعنى آخر، يتحسن بعض المرضى فقط لأنهم يتلقون تدخلاً يعتقدون أنه يفيدهم. بعض التجارب العيادية - مثلها في ذلك من تجارب الأدوية التي تستخدم في الغالب أقراص السكر كحالة ضابطة لإرضاء المريض - التي تفحص فعالية العلاج النفسي، تستخدم استراتيجيات الاسترخاء كحالة ضابطة ينتج عنها تأثيرات قوية . (Smitry & Hofman, 2009).

التعرض

في علاج اضطرابات الخوف والقلق، فإن التعرض هو المكون الضروري. إذ لم يكن المكون الأكثر أهمية في العلاج المعرفي السلوكي، إلا أن الميكانيزم الدقيق الذي يعمل من خلاله

التعرض يبقى غير معروف. يشير التعرض إلى التعرض المستمر، والمتكرر للمثيرات المخيفة، أو التي تم تجنبها في الماضي في وجود كل أساليب استراتيجيات التجنب (إشارات وسلوك الأمان). من المحتمل أن تحدث هذه التغيرات إذا كانت الإعاقات الخوف الداخلية والسيقات الهامة الأخرى منتجة بشكل منظومي، وإذا كانت نتيجة الموقف الاجتماعي إيجابية بشكل غير متوقع، لأنها تجبر الفرد على إعادة تقييم التهديد الحقيقي للموقف.

هذه العملية تشترك في العديد من التشابهات مع تعلم التمييز لدى الحيوانات، والإنسان، ويُنظر إليها على أنها المسئولة - بشكل أساسي - عن العلاج النفسي بالتعرض منذ بداية الدراسات التجريبية في علم النفس، إلى المجال المعاصر لعلم الأعصاب (Watson & Rayner, 1920, Myers & Davis, 2002).

تفترض نظريات التعلم المعاصر للانطفاء أن الاشتراط يحدث عندما يكون المشاركون تمثيلات للإعاقات ذات الصلة (المثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية)، والسيقات الموقفية، وعندما يكتسبون معلومات عن الارتباط بين هذه الإعاقات والمواقف (Myers & Davis, 2002). هذه الارتباطات من الممكن أن تكون مثيرة (تنشيط تمثيل

معين، ينشط تمثيلاً آخر)، أو كابحة (تنشط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر).

إن اكتساب الاستراتيجيات الشرطية يفسره تكوين الارتباط المثير بين التمثيلات الخاصة بالمثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية. يتم تنشيط تمثيل المثير غير الشرطي بشكل غير مباشر من خلال ارتباطه بتمثيل المثير الشرطي، الذي بدوره يستثير الاستجابة الشرطية. يُفترض أن الانطفاء يتقدم خلال ميكانزمات متعددة والتي تشمل أيضاً على تعلم جديد يكبح الارتباط المثير بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي.

يقوم المشارك - كجزء من هذا الشكل الجديد من التعلم - بتغيير احتمالية المثير الشرطي والمثير غير الشرطي بالطريقة التي لم يعد المثير الشرطي فيها يسجل أي حدث بغض ومن خلاله يكبح التعبير عن استجابة الخوف (Myers & Davis, 2002) التعرض لدى البشر مفيد على الأقل للأسباب الآتية:

- التعرض يسمح بالتعرف على واختبار المعارف اللاتكيفية، واختبار دقتها.

- التعرض يغيّر من الخبرة الانفعالية: التعرض المتكرر والمطول أثناء مقاومة الحاجة الملحة للانخراط في أي سلوكيات تعدّل من الخبرة سوف ينتج عنه تقليل للانفعال غير السار.

- التعرض يعزز من الشعور بالتحكم: نقص التحكم يؤدي إلى التوتر. وعلى النقيض، فإن التعرض يعطي الفرد فرصة التحكم في الموقف وفي الاستجابة الانفعالية له. عندما يبدأ الفرد في تعلم طرق جديدة لمجابهة الموقف أو الحدث وما يصاحبه من انفعال، فإن الشعور بالتحكم في الانفعال والمثيرات سوف تزداد أيضاً. هناك مصطلح يرتبط بالتحكم الذاتي Self - Control، وهو فعالية الذات Self - Efficacy والذي يعني شعور الفرد بالكفاءة في التحكم في الموقف وإتقانه (Bandura,1977).

مراقبة تغييرات العلاج

من الأهمية بمكان - من اجل تتبع تقدم المريض أثناء فترة العلاج - مراقبة الأعراض التي استهدفها العلاج بالأساس. فمن المستحيل تقديم قائمة شاملة بأدوات التقييم للمشكلات النفسية المختلفة التي نناقشها في هذا الكتاب، لذا، فإن التوصية بأدوات معينة اعتباطي ومحدود. الجدول (١) يبين بعض أدوات التقييم المستخدمة في الممارسة العيادية.

جدول (١) المقاييس المتاحة لتتبع تقدم العلاج

الاضطراب	اسم المقياس	المؤلفون	الوصف
اضطراب الهلع PANIC DISORDER	مقياس حدة اضطراب الهلع PANIC DISORDER SEVERITY	SHEAR ET AL,1997	هذا المقياس - الذي يتكون من سبع مقررات، ويطبق في العيادة - يقيس تكرار نوبات الهلع، وحدة الخوف المتوقع من القلق، وتجنب

مواقف الفوبيا المرضية من الأماكن الفارغة، والخوف من، وتجنب الأحاسيس المرتبطة بالهلع، والاضطرابات في العمل والأداء الاجتماعي. من السهل تعديل المقياس إلى مقياس للتقدير الذاتي.		SCALE	
يتكون هذا المقياس من ٢٦ عبارة، ويُطلب فيه من المفحوصين تقدير مواقف مختلفة يتجنبها الناس الذين يعانون من فوبيا الأماكن الشاغرة. يتم تقدير كل عبارة مرتين: مرة لقياس التجنب عند مصاحبته، والمرة الثانية عندما يكون وحده.	CHAMBLESS , ET AL,1985	قائمة القابلية للتحرك MOBILITY INVENTORY	فوبيا الأماكن الشاغرة AGORAPHOBIA
يتكون هذا المقياس من ٢٤ عبارة، ويُطلب فيه من المفحوصين تقدير الخوف والتجنب للمواقف الاجتماعية المختلفة. المقياس الأصلي يعتبر تقدير عيادي، كما يمكن استخدامه كمقياس للتقرير الذاتي (BAKER ET AL , 2002).	LIEBOWITZ 1987	قائمة القلق الاجتماعي للبيويتز LIBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE	اضطراب القلق الاجتماعي SOCIAL ANXIETY DISORDER
تتكون القائمة من ٧٢ عبارة، وتقيس الخوف من عدد من الأشياء والمواقف. البدائل لهذه القائمة البديلة عدد من مقاييس التقرير الذاتي لقياس	WOLPE&\$ LANG,1964	قائمة الخوف الجدول الثالث FEAR SURVEY SCHEDULE - III	PHOBIAS الفوبيا

مخاوف مرضيه معينه (ANTONY, ET .AL,2001)			
تتكون القائمة من ٣٠ عبارة، وتقيس الطقوس المألوفة. تشمل القائمة على درجة كليته، ومقاييس فرعية للمراجعة، والتنظيف، والتباطؤ، والشك.	HODGSON & RACHMON 1977	قائمة الوسواس القهري لودسلي MOUDSLEY OBSESSIVE COMPULSIVE INVENTORY	اضطراب الوسواس القهري OBSESSIVE – COMPULSIVE DISORDER
تتكون هذه الاستبانة من ١٦ مفردة، تقيس الميل العام للقلق بإفراط	Meyer et al,1990	إستبانة القلق كحالة لبين penn state worry questionnaire	اضطراب القلق العام generalized anxiety disorder
قائمة تقرير ذاتي تتكون من ٢١ مفردة، تقيس حدة أعراض الاكتئاب. هناك نسخة معدله متوفرة في الأسواق للشراء	Beck et al,1979	قائمة الاكتئاب لبيك Beck Depression Inventory	الاكتئاب أحادي unipolar depression
يطلب من المفحوصين في هذه الرئزمانة أن يشاروا إلى مقدار الكحل الذي يستهلكونه كل يوم أثناء فتره زمنية معينه. كما يمكن استخدامها لمراقبة استهلاك المريض للكحول أثناء العلاج.	Breslin et al,2001	رئزمانة متابعة الخط الزمني timeline follow back calendar	مشكلات الكحول alcohol problems
عبارة عن استبانة تتكون من ١٥ عبارة تقيس كفاءة الانتصاب.	Rosen et al,1997	المؤشر الدولي لوظيفة الانتصاب international index of erectile functions	ضعف الانتصاب erectile dysfunction
عبارة عن أداة تتكون من ١٣ مفردة تقيس المعتقدات	Thom 2004	مقياس التهويل من الألم pain	الألم المزمن chronic pain

الكوارثيه المرتبطة بالمرور بخبرة الألم المزمن.		catastrophizing scale	
يشتمل السجل على ١١ سؤالاً عن صحة النوم، وقت النوم، القيلولة، ووقت الاستيقاظ، وجودة النوم.	Edinger & carney 2008	sleep سجل النوم log	الأرق insomnia

بالإضافة إلى هذه الأدوات، نوصي بأن يقوم الطبيب أو المعالج بعمل عريضة مراقبة لكل مريض يسجل عليها لمشكلات معينة، وسلوكيات معينة، أو أعراض معينة، أو أعراض معينة بشكل منتظم. عملية المراقبة والتقدم فيها تقدم تغذية راجعة هامة للمعالج النفسي، ولكن لا ينبغي أن تكون مرهقة، ومستهلكة للوقت. لو تجاوزت المراهقة ١٥ دقيقة في اليوم، فمن المحتمل نتيجة لهذا العبء ألا يستمر المريض في العلاج، أو قد يضر إلى استكمال استمارة المراقبة والاستبيانات بطريقة سريعة ولا يمكن التعويل عليها.