

الفصل الأول

العلاج المتعدد الأوجه : المبادئ الأساسية والطريقة

إن هدف العلاج المتعدد الأوجه (أو الأساليب) هو إنقاص المعاناة النفسية، وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة. ونحن هنا نتجنب الشعارات الطبية النفسية (السيكاتريه) أينما يكون ممكناً، ونؤكد بقوة على الحاجة إلى التعددية العلاجية. بإلحاحنا على أن هناك مشكلات تعزى إلى سبب واحد أو إلى «شفاء» وحدوي، فإننا ندرك أن حالة القلق الإنساني هي متعددة المستويات والطبقات. وبدلاً من أن نجعل هذه الملاحظات في صيغ كلية أو غير متميزة فإن الممارسين المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأوجه يجنحون إلى تحليل الشخصية الإنسانية إلى أبعاد أو وسائل علاجية تفاعلية منفصلة غير متميزة. ومن خلال تقويم كل فرد بواسطة كل نوع من هذه الوسائل أو الأبعاد النوعية، فإن الفرد يصبح قادراً على الوصول إلى فهم كامل للفرد ولبنيته الاجتماعية.

الأشكال السبعة من الوظائف

نحن كائنات إنسانية نتحرك، ونشعر، ونحس، ونتخيل، ونفكر، ونتعامل مع الغير. في جوهر أساسنا نحن كائنات نفسية - عصبية - بيوكيميائية - فيزيولوجية. وأن شخصياتنا هي منتجات لسلوكياتنا المستمرة، وللعمليات العاطفية، والإحساسات، والتخيلات، والعمليات المعرفية، والعلاقات البيشخصية، والوظائف الحيوية (البيولوجية).

إن الحروف الأولى لكل من هذه الوظائف تشكل حروف كلمة أو عبارة BASIC ID، وإذا سمينا الطريقة البيولوجية بالحرف D، أي الأدوية Drugs، فلدينا عبارة الحرف BASIC ID (إن الحرف D يعني أكثر من أدوية أو مداخلات صيدلانية فهو يتضمن التغذية، والصحة، والتمرين الرياضي، والمداخلات التي تؤثر على الشخصية). إن BASIC ID (ID هي الكيان)، بالإنكليزي identity هو

حروف الكلمة البديلة والمفضلة التي تمثل «الشخصية الإنسانية» .

فالعلاج النفسي المتعدد الأوجه يتضمن التقويم الشامل وعلاج الوظائف التي يرمز لها بـ BASIC ID (أي بالمعنى العربي الكيان الأساسي) . ومن خلال الأخذ بهذا الأسلوب فنحن لا نلائم الزبائن (المرضى) للعلاج ، بل نعطي الدليل كيف نلائم العلاج مع احتياجات الزبون . وأن الافتراض الجوهرى هو الوظائف BASIC ID تحوي على الطيف الكامل للشخصية الإنسانية لذلك فلا توجد مشكلة ، ولا شعور ، ولا إنجاز ، ولا حلم أو تخيل لا يمكن تصنيفها بواسطة BASIC ID .

يهتم العلاج المتعدد الأوجه بالمشكلات النوعية أو الصعوبات ضمن وظيفة معينة ، إضافة إلى التفاعل القائم بين هذه الوظيفة وكل وظيفة من الوظائف الأخرى التي رمزنا لها بالعبارة المختصرة السابقة . ولتوضيح الفكرة لنفترض أن شخصاً يثير ردود أفعال عاطفية قوية إزاء تقويمه المعرفي لمنبه ما (لنفترض هذا المنبه هو تهديد حقيقي أو تخيلي وهمي لكيانه وتكامله النفسي) . إن هذا التقويم المعرفي يحرض بدوره الارتدادات والتراجعات في السلوك ، وفي الإحساس وفي التخيل ، بالإضافة إلى المستوى في العلاقات البشخصية Interpersonal وبيولوجيا . وبتعبير آخر إن تنشيط وظيفة واحدة من شأنه أن يؤثر في كل وظيفة من الوظائف السبع تأثيراً قوياً أو ضعيفاً .

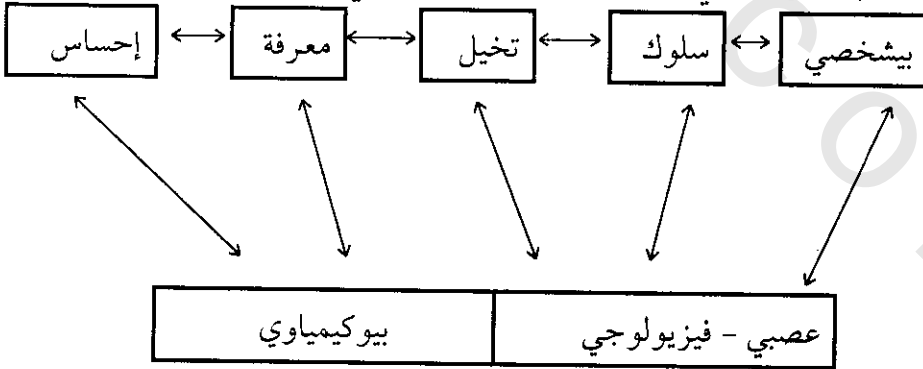
إن التوضيح المتعدد الأوجه للمقولة التالية : « عندما يكون السيد فلان يعاني من الصداع ، فإن القلق ينتابه ذلك لأنه من الطبع المراقى Hypochondriac (أي الذي ينشغل بأعراضه البدنية دوماً) . ويمكننا متابعة التفسير بالصورة التالية : عندما يكون السيد فلان يعاني من الصداع ، يصبح هادئاً منسجماً (سلوكياً) ويبدأ بالشعور بالقلق (العاطفة) ويعاني الألم بصورة «مطرقة داخلية مع هبات حارة تجتاح جمجمته» (إحساس) ، ويتخيل ذاته أنها تحتضر معتقداً أنه مصاب بورم في دماغه (تخيل) ، في الوقت الذي يسعى إلى إقناع ذاته أن الأطباء قد ضلّوا التشخيص (إدراك) . وخلال هذه العوارض المرضية Episodes ، يتكلم كلاماً ،

أحادي المقاطع Monosyllabically في الوقت الذي زوجته بدت متهيجة تهاجمه ، وتفرغ جام غضبها عليه (تفاعل بيشخصي) ، وهو يسعى إلى تناول الأسيرين وغير ذلك من الأدوية المضادة للألم (بيولوجي) .

فالتوضيح المتعدد الأوجه لأية مشكلة لا يبرز فقط الصعوبات المستمرة ولكن أيضاً يمكن الفرد من أن يحدد التقربات العلاجية المنطقية ، وذلك من خلال معاينة الجوانب التفاعلية للمشكلات المحددة المعالم .

وفي الحالات النادرة عندما تكون ردود الأفعال عاطفية المنشأ وسببها فقط الاضطراب البيولوجي (آفة تشغل حيزاً في عضو من الأعضاء أو اضطراب غدي - صمي أو غير ذلك) فإن كافة الوظائف BASIC ID تظل ضمن نطاق التضمين . فورم في الدماغ الذي يسبب تهيجاً كبيراً ، وانفجارات عدوانية تترك تأثيراً في أدوار سلوكية المريض المعاني ، وعلى ردود الأفعال الانفعالية الأخرى ، وعلى الإحساسات ، والتخيلات ، والتفكير ، بالإضافة إلى كثير من العلاقات البشخصية . (الجدير بالذكر هنا عندما يكشف التقويم المتعدد الأوجه (أو الأشكال) فجوة Lacuna أو عدم اتساق في الصيغة BASIC I فإن الوظيفة D (ويرمز هذا الحرف للكيان) تستدعي والحالة هذه معاينة تامة بصورة خاصة . وهكذا يتعين ألا يتم تجاهل العوامل العضوية عندما يقوم الفرد بعملية التقويم المتعدد الأشكال . وأن هذه النقطة سيغيرها الاهتمام عندما نتكلم عن التشخيص والتقويم في الفصول التالية من هذا الكتاب .

أظهر لنا بلاتشيك (١٩٨٠) plutchik أن الاستجابات العاطفية أو الانفعالية تُثار بفعل منبه يمكن تقويمه معرفياً من قبل الفرد . فمن المنظور المتعدد الأوجه (أو الأشكال) فإن تعاقب الحوادث التي تترتب عن الاضطراب الانفعالي يوضحها الشكل التالي :



فمن خلال إحساس واحد أو أكثر، يسمع الفرد شيئاً ما، ويلمس، أو يلامس، ويبصر، ويتذوق شيئاً ما، وكل هذه الإحساسات يتم تقويمها معرفياً (تدرك كخطر أو خسارة)، ويلبي ذلك التصورات والتخيلات (تتالي الصور الحية من غم وهلاك) التي يترتب عنها سلوك واضح (إقدام أو فرار) ويتبع ذلك أيضاً ارتدادات بيشخصية (أي التجنب أو الضبط والسيطرة).

فالصورة البيولوجية تؤثر في كل حلقة في السلسلة من خلال ولوج الكيمياءات المختلفة في الجهاز (أي الأدرينالين). وعلى هذا يوجد تفاعل بين الوظائف المختلفة، لذا نرى في الشكل السابق كيف أن السهم هو باتجاهين الدال على التفاعل المتبادل بين الوظائف الموضحة في الشكل.

فالسلسلة العاطفية لا تتبع تتابع الإحساس - المعرفي - التخيلي - السلوكي - البشخصي. فنظام الانطلاق أو انبعاث التنبيه قد يبدأ من أية وظيفة. وعلى هذا فإن فرداً قد يقوم بهجوم قلق بفعل انحصاره بالأفكار المخيفة وبالتخيلات التي تقود إلى احساسات غير سارة (خفقان قلب ودوار). فالأفراد الاندفاعيون ينبعث منهم رد الفعل العاطفي نتيجة قول أو فعل شيء له تشعبات بيشخصية آنية فورية. فنجد شخصاً مثلاً يطلق ملاحظة رعناء في فعله، سكون يخيم على الجماعة، ويفهم هذا الشخص من الأجواء إنكارها لتصرفه وشجبه، فيحمر وجهه ويتعرق، ويتصور تعليقات الناس المنافية إزاء سلوكه. فيقف ويخرج من الغرفة. هنا، من تحليل هذه الحادثة نرى أن نظام انبعاث التنبيه كان: سلوكياً - بيشخصياً - معرفياً - حسياً - تخيلياً - سلوكياً.

وبدون خضوعنا لنظريات السمة فقد يقال: إن كثيراً من البشر لهم أنظمة انبعاث تنبيه وظيفي - أي التنبيه الصادر عن وظيفة - يمكن التنبؤ بها، ومحددة تحديداً جيداً بحيث تبقى ثابتة وفق مواقف مختلفة. وكما سنرى فيما بعد، إن هذه النتيجة لها مضامين هامة عند انتقاء التقنيات العلاجية المناسبة.

هذا ولمعرفة المكونات الأساسية Ingredients للصيغة BASIC ID عند شخص - أي سلوكياته البارزة، وردود أفعاله العاطفية، واستجاباته الحسية، والتخيلات،

وصور التفكير ، وتعاملاته الشخصية ، ونزواته البيولوجية - نقول لمعرفة هذه المكونات للصيغة المذكورة لا بد من معرفة الكثير عن هذا الشخص إضافة إلى التعرف على شبكته الاجتماعية .

هذا وبهدف تقدير أكبر لتفاعلات الوظائف المختلفة - كيف أن بعض السلوكيات تؤثر وتتأثر بالعواطف، والإحساسات والتخيلات، والمعارف (الأفكار)، وبالعلاقات الهامة .

نقول لتقدير أكبر للتفاعلات المذكورة لا بد من تحقيق مستوى من التنبؤ والسيطرة فلا يتركان للمصادفة والحظ إلا اليسير والقليل .

إن الصيغة BASIC ID تمثل القوة الموجهة للـ Vector للشخصية الإنسانية تماماً مثل ما تمثل الصيغة ABCDEF العلامات في الموسيقى . فلا نجد صيغة مثل : HIJKLMNOP ، فالخلائط من ABCDEFG ينقلنا من العيلان التي يتناول الصينيون بها الطعام إلى مقطوعات موزارت الموسيقية . أو لنأخذ مثلاً الألوان الرئيسية : الأحمر ، الأصفر ، والأزرق . فعندما نمزجهم بطرق مختلفة ، فالنتائج يكون ألواناً ثانوية أي الأخضر ، والبرتقالي ، والأرجواني وما إلى ذلك من ألوان فرعية .

وهكذا فإن نظريتنا هي أن أي اضطراب بجسد الإنسان وبالنفس يمكن أن ينسحب عليه الصيغة BASIC ID ، وعلى هذا فالحب ، والأمل ، والإيمان ، والطموح ، والتفائل ، والمرح ، والدوافع الجنسية ، وتأکید الذات ، والإحباط ، والتوقع ، والغضب ، والقبول ، والملل ، أو أي فعل آخر ، والشعور ، والإحساس ، والصورة الذهنية ، والفكرة ، والارتباط الشخصي أو العامل البدني ، كل هذه المكونات لها مكان في الصيغة BASIC ID وتسكن فيها . فالإيمان أو العناصر الروحية مثلاً تصدر عن ارتباط عاطفي - معرفي قوي . ولا بد من التأكيد هنا مرة ثانية أن كل وظيفة تلبو موجودة بنسبة أكبر أو أصغر ، في كل وظيفة أخرى .

وهكذا نجد أنها نظرية للشخصية ديناميكية الطابع حقاً ، فمن أجل أن تعرف أو تفهم شخصاً آخر لا بد من أن تحيط بجميع صيغته BASIC ID . فالمعرفة

الذاتية تتضمن وعي لمحتوى صيغة الفرد BASIC ID إضافة إلى استبصار في التأثيرات التفاعلية القائمة .

٢- جوهر التقويم المتعدد الأوجه

غالباً ما يكون التقويم الشامل المفصل أمراً لا بد منه ، وشرطاً ضرورياً للمداخلة العلاجية الفعالة . ففكرة التشخيص يجب أن تسبق عادة المعالجة ، ذلك لأنها تشير إلى أنه حينما تكون هناك مشاكل حقيقية ويتم التعرف عليها حينئذ فإن العلاجات الفعالة (إذا كانت موجودة) يمكن وصفها . وللملاءمة الطبيعة السريعة الزوال علم النفس الإنساني ، وتعقد الفكر البشري ، والمشاعر ، والسلوك فقد تم ابتداء بعض أساليب التشخيص البالغة التعقيد . وهذه الوسائل تبدو لا نفع فيها بالنسبة للعيادي الممارس . وبعض هذه الأساليب هي بالغة التعقيد لدرجة أنها تحتاج إلى وسائل إلكترونية (حاسبات آلية) .

إن السؤال المطروح هنا هو : هل هناك خطة تقويم شاملة ومفصلة تتسم بـ :

أ - سهولة التذكر .

ب - سهولة التطبيق .

ج - ثم هل مثل هذه الخطة تدلنا إلى المداخلات العلاجية الأكثر فعالية ؟
باعتقادنا أن أساليب التقويم المتعددة الأوجه تلبي هذه المعايير والتساؤلات السالفة الذكر .

ولتوضيح ما ذهبنا إليه ، لنفترض أنه أعطينا مهلة مدتها ساعة واحدة لتقويم حالة فرد . وهنا تطرح العديد من المسائل المختلفة خلال هذه المدة المحددة المعطاة . فبعض واضعي النظريات Theorists قد تتركز أسئلتهم على ذكريات الطفولة ، والتدريب على التبول أو التغوط في المراحيض ، وما شابه ذلك . وآخرون يجنحون إلى تطبيق بنود اختبار موضوعي ، أو تطبيق اختبار رورشاخ الإسقاطي ... الخ .. أما التقويم المتعدد الأوجه فيركز على القضايا التالية :

(١) - ما هي السلوكيات التي تفتح لك طريق سعادتك ؟ ماذا ترغب في أن تبدأ بفعله ؟ ما هو الشيء الذي ترغب في إيقافه ولجمه ؟ ماذا الشيء الذي

ترغب المزيد فيه (زيادته)؟ ما الذي ترغب في أن تمارسه ممارسة قليلة؟
ما هي الأشياء التي تعتبرها مصدر قواك الرئيسية ومنابع قوتك؟
(٢) - ما الذي يجعلك تضحك وتُسَرُّ؟ ما الذي يجعلك تحزن وتبكي؟ ما الذي يجعلك كئيلاً، أرعن، مسروراً، خائفاً؟ كيف تتصرف عندما تشعر بطريقة ما (بمعنى الحزن، السرور، الانفعال الجامح، الخوف)؟ هل ينتابك القلق، والغضب، والاكتئاب، مشاعر الإثم، وغير ذلك من العواطف المنافية السلبية؟

(٣) - ما الذي ترغب في مشاهدته، وسماعه، وتذوقه، وتلمسه، وتشمه؟ ما الذي تكره أن تسمعه، وتذوقه، وتلمسه، وتشمه؟
هل تعاني من إحساسات غير سارة دائماً أو غالباً (مثل الآلام، والأوجاع، الدوار أو الرجفة)؟ ما هي الأشياء التي تثير رغباتك الجنسية أو تثبطها؟ ما هو قدرة عبء إحساساتك على مشاعرك وسلوكياتك؟

(٤) - كيف تتخيل ذاتك تعمله في المستقبل القريب؟ كيف تصف صورتك لذاتك (وصف الذات)؟ ما هي صورتك عن شكلك وهيئتك (تقويم الهيئة والوجه والجسد)؟ ما الذي تحبه وتكرهه بالطريقة التي تدرك فيها ذاتك أن تكون عليه (أي ماذا تحب أن تكون عليه ذاتك وما تكره أن تكون عليه ذاتك)؟ كيف تؤثر هذه التصورات والتخيلات على سلوكياتك ومزاجك، وإحساساتك؟

(٥) - ما هي القيم والمعتقدات الأكثر تعلقاً بها؟ ما هي اهتماماتك الفكرية وأهدافك الرئيسية؟ كيف تؤثر أفكارك في مشاعرك وعواطفك؟

(٦) - من هم أكثر الناس أهمية بالنسبة إليك في حياتك؟ ماذا يتوقع الآخرون أن تفعله؟ ماذا تتوقع من الآخرين أن يفعلوه من أجلك؟ من هم الأفراد المهمون في حياتك الذين يقدمون لك الخدمات؟ ماذا تقدم لهمؤلاء؟

(٧) - هل لديك اهتمامات حيال صحتك (انشغالات نحو صحتك)؟ ما هي عاداتك في الطعام، والتمارين الرياضية، واللياقة الجسدية؟ هل تتناول أدوية وعلاجات؟

إن الأسئلة السابقة الذكر تتمشى تقريباً مع الصيغة BASIC ID. فبعد ساعة من أخذ هذه المعلومات من المريض نحصل على تغطية هامة ومركزية عن قصة المريض من كل أبعادها وفق الصيغة القاعدة. فعلى مستوى الممارسة السريرية (الإكلينيكية) من طور تقويمنا لا يتحدد بساعة واحدة، إذ من الممكن الانخراط في عمق أكبر، وتفصيل أكثر عن كل وجه أو جانب من الصيغة المذكورة، وعن التفاعلات المتبادلة القائمة بين هذه الوجوه أو الجوانب (راجع استبيان القصة الحياتية في الملحق رقم ١ لمزيد من بنود مفصلة تغطي الأسئلة الخاصة بالصيغة BASIC ID).

فعندما تتم إدارة الاستعلام المتعدد الأوجه، يستطيع العيادي الذكي أن يتحرى الكذب ويتعرف عليه بسرعة، وأيضاً التشويهات وغير ذلك من البيانات المستقاة من المريض غير المتجانسة. فعملية مسح BASIC ID تمكن المعالج من أن يقرر نقاط الضعف والقوة عند مريضه من خلال الأبعاد التفاعلية «للشخصية»، حيث يتم الكشف من درجة المعرفة الذاتية في كل مجال نوعي.

كيف وأين اكتسب الفرد نتاجاته السلوكية، والاستجابات العاطفية، والمسرات والمكدرات الحسية، والتخيلات، والأفكار، والمهارات والقصورات البيشخصية؟ فهذه العناصر هي متعلمة، ومطورة، ومحسودة من خلال الخبرة السابقة ومعززة بالإثابات المستمرة.

فنقاط الضعف والقوة، ومصادر القوة التي تنصرف عليها من خلال الصيغة BASIC I هي نتائج التعلم، والأشراط، ومحاكاة الأمثلة والنماذج Modeling، والعمليات النفسية والاجتماعية المماثلة. فأولئك الذين يسكنون مماثلات المرض والنماذج الطبية بتفسيرات الصيغة BASIC I هم كئييون بالخطأ. إلا أن إهمال D

(الكيان الشخصي)، ومن ثم تجاهل المضامين الطبية والمرض أمر ينطوي على خطورة مماثلة .

حالة كلاسيكية :

في بداية عام ١٩٧٤ صديق للعلامة أرنولد لازاروس راجعه من أجل معاينة خاله الذي وُصفت حالته بأنها «حالة يائسة»، كان عمر المريض ٣٢ سنة، يعيش مع والدته، ويعيش مخاوف متعددة، وقلقاً معممًا، وتنتابه نوبات جزع، ويعاني من مشكلات سيكوسوماتية، ووساوس وسلوكيات جبرية، وأعراض مراقبة (بمختصر العبارة رجل في حالة عجز انفعالي تام). كانت أم المريض ترافقه عند ذهابه إلى المعالج وتصف ابنها بكونه «على درجة كبيرة من النرفزة» ولكنه رقيق دوماً. كان المريض مصاباً برهاب الساح agoraphobia، فلا يغادر الدار بدون والدته. كان ينتابه جزع قاهر عندما يغادر الدار أو يحاول ذلك. كما ويحيط به رهاب نوعي هو الخوف من المرض والموت. أما سلوك الجبر في غسل يديه، وممارسة طقوس النظافة فترتبط حصراً برهاب الجراثيم.

يعود تاريخ مخاوفه الرئيسية عندما كان عمره ١٧ عاماً، أتم دراسته الثانوية وخطط لمتابعة دراسته في الجامعة.

كشفت قصة حياته المفصلة أنه كان الولد الوحيد، أحاطته والدته بعناية مفرطة، وحماية لاجمة لاستقلالته والاعتماد على نفسه، أما والده فكان مدمناً على الخمر. خلال باكورة حياته شعر المريض بنفوره من والده. وعندما شب عن الطوق وكبر، أخذ يلعب دور الحامي لوالدته عندما يكون والده فظاً، يغلظ على والدته. وكثيراً ما كانت والدته تقول له «لا أعرف ماذا أفعل بدونك». في السابعة عشرة من عمره تعرض إلى ورطة ومأزق. فقد رغب في الذهاب إلى الجامعة، ولكن كيف له أن يترك أمه؟ وإن ظهور نوبات الجزع، ومشاعر القلق الكاسحة فرضتا على والدته التواطؤ معه. لقد كان «على درجة كبيرة من المرض في مبارحته للدار». إن هذا الموقف عزز مرحلة العلاقة التناقضية المتمثلة في أن يلعب

دور الحامي لوالدته من جهة، ومن جهة أخرى وفي الوقت نفسه تنامت لديه مشاعر التعلق الطفلي بوالدته .

توفي والده بعد ثلاث سنوات من مرض القلب التاجي (الإكليلي) . وكان نتيجة ذلك أن قطننت أختها الأرملة في بيتها، وهنا لعب صاحبنا المريض دور الحامي أمه وخالته معاً . كان رجل البيت وسيده، يحيطهما برعايته الاثنتين معاً، رغم أنه لا يجرؤ على مغادرة الدار بدون والدته . بدأ يشكو من أمراض بدنية متعددة . وبصحبة والدته طاف على مجموعة مختلفة من الاختصاصيين الأطباء . فقد أجرى فحوصاً هضمية وغدية - صمية، وعصبية، إضافة إلى كثير من الاختبارات والفحوص مثل الأشعة، وتخطيط القلب . وقد أبانت جميع هذه الفحوص والاختبارات انتفاء وجود أي مرض أو آفة بدنية . وبعد سنة (عندما كان عمره ٢١ سنة) أحاله طبيبه الداخلي (الباطني) إلى معالج نفسي تحليلي .

ترك والده بعد وفاته بوليصة تأمين بقيمة ١٠٠ ألف دولار إضافة إلى معاش تقاعدي من الجيش، إضافة إلى ممتلكات أخرى قليلة، فهذه التركة المالية مكنت المريض من دفع أجور العلاج النفسي التحليلي عدة جلسات أسبوعياً . بعد ست سنوات من العلاج النفسي التحليلي بأجور دفعها قدرت بـ ٥٠ ألف دولار، لم يستفد بعد هذا من العلاج المذكور . فمخاوفه، ورهابه، وسلوكياته الجبرية، والاهتمامات السوماتية، ووضع العائلي جميع هذه الاضطرابات بقيت على حالها رغم هذه المدة الطويلة التي قضاها في هذا النوع من العلاج والمبالغ الطائلة التي دفعها . بقي بدون أصدقاء، ومحروم من الاستقلالية، ومن الحركة . ظل قاعداً في داره، يمضي وقته بمشاهدة برامج التلفاز، والقراءة، ولعب الورق مع خالته، ويذهب لبيت حاجيات الدار مع والدته، إضافة إلى قضاء عدة ساعات في الحمام يمارس طقوسه الجبرية الوسواسية . هكذا كانت حياته اليومية .

كان لأخت عمته بالتبني ولد مختص بعلم النفس، فأوصى أن يعالج المريض عند معالج سلوكي محلي . وقد عالجه هذا المعالج بأسلوب إزالة التحسس

المنهجي، وأسلوب إيقاف الأفكار Thought stopping، والاسترخاء المتصاعد. وبعد شهرين من هذا العلاج تمكن المريض من الخروج من الدار إلى السوق والعودة بدون مصاحبة والدته. ولكن عندما تعرض إلى نوبة جزع انكفأ راجعاً إلى الدار، فأنهى علاجه السلوكي. بعد عدة سنين قليلة تالية ساءت حالته واستحكمت علله النفسية به، وتزايدت كوابيس الموت فزادته سوءاً على سوء. كما وتعاضمت طقوس الجبر الوسواسية في العدد وشكاويه السيكوسوماتية. والشيء الجديد في سلوكه هو أنه أصبح نزاعاً إلى الانفجارات الانفعالية في وجه والدته.

بعد ذلك أحيل إلى الدكتور أرنولد لازاروس للعلاج، فقد تلقى على يده بالإضافة إلى العلاج النفسي التحليلي والقليل من العلاج السلوكي اللذين سبق وتعالج بهما، نقول تلقى العلاج الدوائي، والعلاج بالصدمة الكهربائية، والعلاج الوجودي Existential. ومع ذلك فقد ظل يعاني من رهاب الساح والعديد من الرهابات الأخرى، والطقوس في الحمام، وغيرها من المشكلات الوسواسية الجبرية. وهنا انتهت القصة التي نحن بصدددها.

هذا وقبل الكلام عن النوعيات في التقرب المتعدد الأوجه التي تم استخدامها فيما بعد للمريض، يحسن هنا أن نسأل أنفسنا أولاً: ما الذي حدث هنا؟ هل هناك مقاومة عند المريض ضد العلاج، فلا يرغب في الخروج من عقال مرضه، ويصارع يائساً كيما يبقى على حاله؟ وهل كان المريض «قاتل المعالج» يسعى جاهداً المرة تلو الأخرى، وجولة بعد جولة ليقهر جميع من عالجه، ليضيف إلى ذاته المزيد من مديليات انتصاراته عليهم؟ أم هل هو (متسوق المعالجين)، تقوم طريقة عيشه على أن يكون في العلاج دوماً؟.

إن الشيء البارز والمهم هو أن في سعيه وتفتيشه عن العون العلاجي كان يتجنب الجناح المتطرف. كان يستشير فقط الأطباء البشريين الشهيرين، وأطباء النفس، والمعالجين النفسيين الذين يتمتعون بقدر كبير من الاحترام، والاختصاصيين النفسيين المجازين. هذا وحتى أن قيمة التدريب على التأمل Meditation كان موثقاً

من قبل الطبيب المتخرج من جامعة هارفرد والاختصاصي النفسي من جامعة برنستون Princeton، فلماذا لم يحصل على أي تحسن من معاناته؟ وكيف أن المعالج النفسي الذي تقاضى منه ٥٠ ألف دولار، وسمح لنفسه بأخذه هذا المبلغ الضخم، في الوقت الذي استمر في معالجته على وتيرة واحدة ولمدة ست سنوات بدون أي علائم أو تباشير تحسن؟ (رفض هذا المعالج أن يبعث إلى الدكتور أرنولد لازاروس تقريراً عن حالة المريض وسير علاجه، ولكن أجابه على الهاتف إن المريض يعاني من عقدة أوديب وهي جوهر مشكلاته وصراعاته).

ولأن جانوف (١٩٧٢) ادعى أن العلاج الذي يتم في أبكر وقت هو «الشفاء الوحيد» بينما تبدو جميع النظريات النفسية مطلقة وغير صادقة، فنحن هنا في حرية مطلقة، لنسأل لماذا لم يشف هذا المريض بالعلاج المبكر؟

وهل يا ترى أنه تعالج عند محلل نفسي ضعيف المran والخبرة، أو معالج نفسي وجودي رديء، أو معالج سلوكي غير كفؤ، وما إلى ذلك من تساؤلات؟ وإلى أي حد يوجد خطأ مهم في ميدان العلاج النفسي؟

هناك بعض المختصين بالنظريات Theorists والمعالجين يشددون على العمومية بين التقربات العلاجية المتباينة. فهم يفتشون عن التماثلات ويظهرون أين تتراكم الأنظمة العلاجية المختلفة والطرق. إلا أن في تجاهل الاختلافات والفروقات يكمن أيضاً إغفال العوامل المهمة التي لها قيمتها في التباين الحرج. ولا مراء، أن العلاج المتعدد الأوجه فيه كثيرٌ بما يشترك فيه التقربات العلاجية النفسية الكثيرة.

إلا أن السؤال الذي يطرح ذاته هنا في هذا السياق هو: ألا يوجد للعلاج المتعدد الأوجه سمة ينفرد بها عن غيره من العلاجات؟ وهل أن المعالجين المختصين بهذا النوع من العلاج يفعلون شيئاً يختلف عما يفعله المعالجون الآخرون؟ للجواب، دعنا أيها القارئ نعد ثانية إلى قصة المريض التي ذكرناها (القصة الكلاسيكية).

تحوي المقابلة البدئية عادة على بناء التوافق بين المعالج والمريض. بينما يتم الحصول على المعلومات المتعلقة بمشكلات المريض وسوابقها، يحاول المعالج

أن يوحى بالأمل للمريض . فمعنويات المريض عادة تكون منحطة ضعيفة ، ذلك لأنه من خلال قرعه لأبواب عيادات الأطباء المستمر ، وتقلبه على معالجات متنوعة غير مجدية ، أصبح في حالة اكتئاب ويأس ومتردداً من مغامرات علاجية جديدة قد لا تكون أفضل من سابقتها الفاشلة .

ونشير هنا إلى نقطة هامة هي أن بعض المرضى يبقون على اهتمام بمقاومة التبديل . لذا فمن المناسب أن يسأل المعالج المريض فيما إذا كان في منظور توقعاته معارضة المعالج ومقاومته ، أو أنه يتصور نفسه في مقدوره التعاون معه (إن هذا السؤال في حقيقته يرمي إلى إزالة نزوعات المقاومة وتحسين درجات المطاوعة والمسايرة والقبول من جانب المريض) . كما وعلى المعالج أن يقترح على المريض قبوله بإجراء أربع جلسات للإقرار فيما إن كان المريض على استعداد للتعاون مع المعالج أو مقاومته ومعارضته .

بعد إجراء الجلسة البدئية ، يعطي المعالج المريض الاستبيان الخاص المسمى استبيان القصة الحياتية - المدرج في الملحق رقم ١ من هذا الكتاب - . في نهاية الجلسة الثانية تمكن الدكتور لازاروس من استخلاص البروفايل التالي لشخصية المريض الذي سردنا قصته :

السلوك :

- ١- تجنب .
- ٢- يلعب المريض دور المرض .
- ٣- انتفاء وجود انخراطات اجتماعية .
- ٤- ممارسة طقوس جبرية في الحمام .

العاطفة :

- ١- خوف .
- ٢- جزع .

٣-قلق .

٤-غضب .

٥-اكتئاب .

الإحساس :

١-دوار .

٢-رجفان .

٣-آلام/أوجاع... الخ .

التخيل :

١-نظرت له لذاته سيئة .

٢-أبوان في حالة خصام دائم .

٣-مضطرب من معلم سادي .

المعرفة (الأفكار) :

«يراني الآخرون شخصاً غريباً»

«لا توجد امرأة ترغب في الاقتراب مني» .

«تصورات تلوث» .

«يستخدم تعابير إلزامية في تفكيره : يجب ويتعين ولا بد» .

البিশخصية :

-عاجز - جبان - شبه متصوف .

أدوية / بيولوجيا :

-يتناول بصورة منتظمة ١٠ ملغم فاليوم ثلاث مرات يومياً .

-يتناول أطعمة غير متوازنة الغذاء .

-بدين ، لياقة صحية ضعيفة .

إن هذا البروفيل يستغرق ١٠-١٥ دقيقة. وأن مميزة كتابة المشكلات النوعية وفقاً للصيغة BASIC ID أنها تزود بمخطط أو برنامج عمل لكل من المريض والمعالج يخدم وضع أهداف العلاج، وأيضاً تقويم التقدم العلاجي. وهناك فائدة أخرى من هذا البروفيل يتساوى في الأهمية. وهذه الفائدة تتمحور في خدمة المريض من الناحية التثقيفية بتوسيع معرفته بالعملية العلاجية، وهذه ناحية هامة جداً في العلاج نلفت النظر إليها ذلك أن المقاومة العلاجية من جانب المريض، وإضعاف المقاومة تكونان بجعل المريض يؤمن بالعلاج، وهذا لا يمكن إلا إذا تثقف به حيث يعمل بدافع ذاتي على تبني التدريبات العلاجية والوقوف منها موقفاً إيجابياً.

نعود إلى مريضنا موضوع علاجنا له فنتساءل عن المداخلات العلاجية التي تبدو منطقية ومناسبة لحالته.

بعد دراسة بروفيل الوظيفة أو الشكل Modality Profile وإعادة قراءة استبيان القصة الحياتية، قرر المعالج أرنولد لازاروس البدء بالوظيفة التخيلية والبيولوجية وفقاً لتحليل بروفيل الوظيفة الذي ذكرناه.

وقد عرض المعالج على المريض الأسباب التي دعت له للبدء في معالجة الوظيفتين السالفتين الذكر بكون لياقته الصحية سيئة. فقد كان المريض، كما ذكرنا، بديناً، يقبع في داره، لا يمارس رياضة ولا أية وسيلة تجعله رشيقاً. وشرح المعالج للمريض أهمية العلاقة القائمة بين البدن والنفس. فالرياضة البدنية تنعكس إيجابياً على نفسيته، لذا كان الهدف العلاجي المباشر هو تخفيف وزنه واستعادته للياقة البدنية. وأكد المعالج على الفكرة أن الفرد الذي يتمتع بلياقة جسدية عالية، ولتقل من الأنموذج AI، يكون في منأى عن التعرض للقلق، أو معاناته لضعف الثقة بالذات، أو اضطرابات سيكوسوماتية. كما وناقش المريض دور التغذية الجيدة، وشرح له أيضاً عادات الطعام السيئة التي استحكمت به والتي أسهمت في خلق مشكلاته الانفعالية.

قبل أن يصف له برنامج الرياضة البدنية، ألح المعالج عليه بضرورة إجراء فحوص طبية ومخبرية (من ضمنها تحريات دموية وتخطيط قلب) وذلك للتأكد من

عدم وجود اضطرابات وأعراض عضوية (أرغب أن أدفعك إلى الأمام لتكون بمصاف الرياضي أو المقاتل الجاهز دوماً لمواجهة أي شيء). واستهدف المعالج من وراء مقولته عدة أهداف. أولاًها حشد سلوكياته التكيفية. فصورة الرياضي المدرب الجاهز للفوز وللتحدي تأثير مجازي Metaphoric التي تلائم وتتناغم مع حاجات المريض ومدرّكاته. فالمريض لا يرغب من معالجه أن يلعب دوراً داعماً بقدر ما يعلب الصدى تخيله بـرقب في الجيش قوي الشكيمة وصلب القيادة يتعامل تعاملًا قاسياً مع رجاله، ولكن في أعماق سريرته يكن لهم العطف والحنان والمحبة.

إن هذه المعلومات استنتجها المعالج من خلال الطلب من المريض أن يصف الطريقة التي كان يتعامل بها مع المعالجين السابقين، إضافة إلى رسم الصورة التي يراها مثالية في العلاقة الكائنة بين المريض والمعالج وتفاعلاتهما.

كشف الفحص الطبي والمخبري وجود ارتفاعات بسيطة في الكولوستيرول والتریغلسیرید الأمر الذي أكد حاجته إلى تبديل في عادات طعامه وممارسة التمارين الرياضية. كما كان ضغط الدم مرتفعاً قليلاً. انتسب المريض إلى نادي الشبان المسيحي الرياضي في منطقته، وبينما كانت والدته تحبك الصوف وتقوم بالمشي، ومن ثم الهرولة حول البيت، ومن ثم في بهو النادي، كان المريض يمشي، ومن ثم أخذ يهرول في ممرات النادي وأضاف تدريجياً السباحة وتربية الأجسام إلى برنامجه التدريبي.

وهنا بدأ عنده إعادة تركيب البنية المعرفية. فبدلاً من أن كان ينظر إلى تسرع قلبه نظرة رعب وخوف، فإن رياضته أضحت تفسر هذا التسرع على أساس نشاط قلبي وعائي.

خلال شهر تقريباً بدأ يتشذب شكله وقوامه، فأصبح أقل وزناً وأكثر نحولة. وزاد تدريجياً مدة هرولته ومسافتها. ورغم أنه ما زال يشتكي من أوجاع لا نهاية لها، وآلام، ومن أمراض وهمية، كان المعالج دوماً يتجاهل هذه الأعراض والشكاوي المراقبة التي يبديها المريض كي لا يعززها عنده. وفي الوقت نفسه الذي كان يتريض ويبدل عادات غذائه (التوقف عن تناول الشحوم والزيوت

والسكريات والملح كان عليه أن يتناول خبز القمح الكامل ، والحبوب بأنواعها ، والفواكه الطازجة والخضار بدلاً من الأطعمة غير المتوازنة). فقد بدأ برنامج منهجي من تمارين التخيل التعاملي Coping imagery (انظر الملحق رقم ٢).

إن أحد الافتراضات العلاجية الجوهرية – المؤلف يؤمن بهذه الافتراضات ويطبقها في علاجاته – أن المرضى قبل أن ينفذوا أي عمل ميدانياً (أي التنفيذ واقعياً) عليهم أن يمارسوا الأفعال تخيلياً (أي لعب الدور تخيلياً). فالافتراض هنا يقوم على أساس أن الأفراد إذا لم يتخيلوا أنفسهم يقومون بعمل ما فمن الجائز أنهم لا يستطيعون تنفيذه (ميدانياً). وعلى هذا إذا رغب فرد ما أن يقلع عن التدخين ويقول لذاته التالي: «أنا لا أستطيع أن أتخيل ذاتي أنها غير مدخنة»، هذا الفرد قد لا يستطيع التوقف عن التدخين والإقلاع عنه حتى يتم تخيله بقدرته على ذلك.

إن المريض الذي نحن بصدده لا يحمل صورة عن ذاته كفرد فاعل، أي يتحرك، ويجول، ويختلط بالناس، ويكسب عيشه بالعمل، ويطور صداقاته ومعشره، ويأكل في المطاعم، ويعاشر النسوة، ويحضر حفلات، ويترك أمه مع نفسها.

لتبديل هذه النزوعات السلبية نحو المجتمع لجأ الدكتور لازاروس إلى إنشاء مواقف هرمية Hierarchy of situation، بدءاً من تخيلات بسيطة، وحدات قليلة الإثارة التخوفية، (السير لمسافة بسيطة من داره ومن ثم زيادة المسافة تدريجياً حتى المرحلة التي يتخيل ذاته يقود السيارة إلى السوق التجاري بدون والدته، وإلى النادي لوحده الذي انتسب إليه وما إلى ذلك...)، ومن ثم أضيفت تخيلات لمواقف اجتماعية (الذهاب إلى نزهاء، وحفلات كوكتيل، وعشوات رسمية ... الخ).

ثم نظم المعالج للمريض برنامج لعب الدور، Role playing ينفذ فيه علاقات (مصادفات) ب شخصية مختلفة، فقد أوصى المعالج بالعلاج الجماعي إضافة إلى العلاج النفسي الفردي، إلا أن المريض عارض الفكرة، إلا أنه قرر بعدم الإصرار على رفضه في الوقت الذي كان المعالج يدفعه بقليل من القوة في ميادين علاجية أخرى.

كان أحد عناصر القلق الرئيسية عند المريض يدور حول موضوع يتمثل بكونه وحيداً في بلدة غريبة وأصبح مريضاً. ناقش المعالج هذا القلق مع المريض حيث

أبان له أنه في هذه الحالة يمكنه الذهاب إلى أقرب مستشفى ويعالج من قبل الطبيب المناوب . والقصد من وراء هذا الشرح هو أن يدرك المريض أن العالم يمتلئ بالمحسنين ، وهم أكثر تدريباً وقدرة من والدته في الاعتماد عليهم ، وبناء على ذلك قدم المعالج إلى المريض التخيل التالي :

«تخيل أنك لوحدك في مدينة شيكاغو . شعرت بالمرض والتمست العلاج في المستشفى ... تخيل هذا المشهد في المستشفى ... الأطباء هم من حولك يتكلم الواحد مع الآخر ، يقدمون لك المساعدة ، ويعتنون بك» .

هنا بدأ يشعر المريض بفرط التهوية الرئوية (من شدة القلق في تخيله للمنظر السابق) وانتابه الجزع .

أدرك المعالج أن هذا التخيل أثار عنده «ذكرى منسية» وحضت تنفيساً كاملاً alreaction لهذه الذكرى المتوارية في اللاشعور . وعندما هدأ المريض من روعه وجزعه ، استرجع من جديد ذكريات حية لحادثة أصابته عندما كان في السابعة من عمره . إذ دخل المستشفى لاستئصال اللوزتين ، واستفاق من تأثير المخدر ليجد الناس يلتفون من حول سريريه . كانت والدته تتكلم مع شخص حول ضعف بنيته وتركيبه . ومما قالته : «أمل أن يعيش ليصل إلى سن الحادي والعشرين» .

وعندما سأل المعالج المريض عن أسباب ذكرى والدته له بوصفه «واهناً ومريضاً» ، فأجابه معللاً انطباعها عنه بكونه لديه الاستعداد للإصابة بالأخماج INFECTIONS والحميات عندما كان طفلاً ، الأمر الذي أشار طبيبه وقتئذ إلى ضرورة استئصال لوزتيه .

عندما سبر المعالج انتكاسات تقويمات والدته وفي الجلسات التالية ، اتضح جلياً أن نزوعات المريض السيكوسوماتيه والسوماتيه (العضوية) تنبع من مواقف والدته تجاهه . فمقولات والدته عند صحوته من التخدير بعد العملية الجراحية لعبت دوراً سلبياً في أعراضه . فقد كان وقتئذ في حالة نصف وعي وعلى درجة كبيرة من تقبل الإيحاء . وتعرض إلى رض بعد العمل الجراحي عندما ادعت

والدته أنه هش ويتعرض بسهولة للمرض ، وهذا ما تركز بدوره على العجز الذاتي كمفهوم موجه جوهري .

بصرف النظر عن الدقة في هذا التحليل المختصر ، كان المريض منزعاً انزعاجاً واضحاً بفعل هذه الحوادث المتخيلة أو الحقيقية ، حيث كان لا بد من فعل شيء للتخفيف من كربه . ففي العلاج المتعدد الأوجه ، نسعى إلى تغطية كامل الصيغة BASIC ID أينما يكون ذلك ممكناً . وأن الأمور المضادة التالية قد تم وصفها له :

السلوك : استخدام «التطعيم الذاتي» . فخلال عدة مرات يومياً نفذ ما يلي : أغلق عينيك ، استرخ ، وكرر المقولة الذاتية (الحديث مع الذات) : « أنا لست هشاً صحيحاً ولا مريضاً . ولم أكن كذلك أبداً » .

استخدم (النشاط العضلي الموجه) اضرب بيدك على وسادة مطاطية الحشوة وذلك كتمرين لمساعدة إثارة غضبك .

العاطفة : حاول أن تكون في تماس مع الغضب بدلاً من القلق .

التخيل : تخيل ذاتك تعود إلى الوراء في «آلية زمنية» سن ٣٢ تتصور ذاتك عندما كنت في السابعة ترقد في سرير تلك المستشفى . فهذا الولد الصغير (الذي أنت الآن) يشعر بشيء خاص عن ذاتك وأنت في العمر ٣٢ ويطمئن الولد (أنت الآن) إنه ليس هشاً ولا ضعيفاً صحيحاً .

التفكير (أو المعرفة) : تؤمن أن والدتك تعكس عليك (تسقط) أوهامها المرضية البدنية ومشاعر القلق . فلا توجد أية دلائل حقيقية موضوعية ملموسة وواقعية حيال ملاحظاتها حولك .

العلاقة البشخصية : تكلم ما تتذكره عن هذه الحادثة إلى والدتك . كن متصدياً ولكن بدون تهجم أو ذم ، التكرار السلوكي قد يبدو ضرورياً قبل تنفيذ هذا التدريب .

الأدوية / والجوانب البيولوجية : استمر في الإجراء الذي يحسن لياقتك الصحية وأقلع تدريجياً عن تعاطي الدواء من اليوم .

عندما تم مناقشة هذه التوصيات والأخذ بها، ظهرت مشاعر وتراطات جديدة، لقد صعد المريض مخاوفه القائمة المستمرة حول الموت، كما تكلم عن تناقضات وتضاربات مواقفه العاطفية ambivalence وبخاصة مشاعره المتضادة تجاه والدته. (إن انشغالات المريض الوسواسية بالموت ظهرت على ما يبدو بعد المداخلة الجراحية التي أجراها. لقد ولد المريض عام ١٩٤٢. وعندما سأله المعالج عن وجوده في عام ١٩٤١ فأجاب: «لم أولد حتى عام ١٩٤٢»، ومن ثم قال له المعالج «إذن لم تكن حياً في عام ١٩٤١.. وبكلمات أخرى إذا لم تكن حياً في عام ١٩٤١ أو في عام ١٩٣١، أو في عام ١٩٢١، فهذا يعني أنك كنت ميتاً في تلك السنين. فبربك أعلمني إذن هل كانت سنة ١٩٤١ أو عام ١٩٠٦ أو عام ١٨٧٣ هي سنة سيئة بالنسبة إليك؟ فعندما تموت فإنك تعود إلى سنة ١٩٤١ أو ١٩٠١ أو ١٨٩٩. ترى هل هي صفقة كبيرة؟».

لقد بدا المريض مثبطاً بتلك الرجوعات الزمنية من زمن إلى آخر حسب ما رأيناه من نقاش. كما واتضح للمعالج أن المريض استجاب استجابة سيئة لإزاء التطمين، أو ما نسميه بالسلوكيات الرافعة للمعنويات المباشرة التي أظهرها المعالج إليه، إلا أن المريض تحسن مزاجه الاكتئابي عندما عمد المعالج إلى استخدام تقنية السلوك المتناقض أو (الممارسة السلبية Paradoxical technique) عندما قال له: «إذن، كما يعلم كل الناس عنك، أنت هش، سريع العطب بدنياً، ضعيف، فيك العيوب، يكاد جسمك يتداعى إلى أجزاء من الضعف، ناقص، ملوث بالجراثيم، عاجز...».

ضحك المريض، ولفظ بعض الكلمات الغامضة، وهنا بدأ العلاج يسير في الاتجاه الإيجابي.

أحد التخييلات التعاملية التي استدعت تنفيذ التمرين المتكرر كان ذاك المشهد التخيلي الذي تصور فيه والدته وهي تتوسل إليه، وتستجدي عاطفته ألا يترك الدار ولا يهجرها. وفي ثلاث أو أربع مناسبات أجرى المعالج جلسات علاج أسرية

تضمنت المريض ، ووالدته ، وخالته ، ولكن اتضح للمعالج فيما بعد أن تلك الجلسات كانت غير منتجة بالنسبة لما كان يطرحه من إرشاد بعد علاج دام مدة سنة تقريباً ، وأخذ المريض في حضور جلساته العلاجية بدون اصطحابه لوالدته ، إلا أن موقفها من المعالج والعلاج كان على درجة كبيرة من العداء والرفض . إذ رفضت إجراء أية لقاءات علاجية أسرية ، وحاولت إقناع ابنها بإيقاف علاجه .

دام علاجه نحو سنتين . وخلال ذلك ، أي المئات من الساعات العلاجية ، طبق المعالج العديد من التقنيات العلاجية التي تغطي الصيغة BASIC ID . فاستخدم المعالج أساليب العلاج التالية :

الرصد الذاتي Self-monitoring ، إيقاف الفكرة ، التقنيات التخيلية المختلفة إزالة التحسس المنهجي التخيلي والميداني ، دحض الأفكار الخاطئة ، لعب الدور والعلاج الغشتالتي والسيكودراما (أي ما نسميه تقنية الكرسي الخالي)^(١) ، إضافة إلى الأسلوب التخيلي بالعودة إلى الوراء في الوقت المحدد لإنجاز «عمل غير منجز» ، كما وخصص المعالج عدة جلسات للحديث عن الأمور مثل : (المتعة الطويلة الأمد) والتأثيرات المختلفة لصيغ الكلام أو الأحاديث مع الذات الجبرية ، والتي يسميها (كارين هورفي ١٩٥٠ «باستبدادية تعابير يجب Should»).

لقد تناقشت طقوسه الجبرية الوسواسية من خلال تطبيقه تقنية منع الاستجابة response prevention وتعني (طقوس الحمام) ، والعقود المشروطة Contingency contracts (بدلاً من قضاء أربع ساعات في الحمام وهو يمارس طقوسياته الجبرية ، فقد تم الاتفاق بين المعالج والمريض أن ينقص تواتر طقوسه إلى النصف أو أنه يُعَرِّم بحرمانه من مشاهدة استعراضات وأفلام التلفاز المحببة إليه لمدة أسبوع كامل ، وفيما بعد يخفض تخفيضاً منهجياً طقوسه من ساعتين إلى أقل من ٤٥ دقيقة يومياً).

بعد انقضاء ١٩ شهراً منذ بدء المعالجة بعلاج المتعدد الأوجه ، فإن معظم البنود السلبية التي كانت موجودة في بروفيل المريض المرضي قد زالت ، ومنذ

(١) في الملحق رقم (٢) تجد وصفاً للتقنيات المذكورة .

ذلك الوقت أظهر المريض رغبته الصادقة في السفر لوحده بدون اصطحاب والدته، كما أن مخاوفه المتعددة الأبعاد، وسلوكياته الجبرية، والقلق المتعدد، هذه الاضطرابات أمكن السيطرة عليها. إلا أنه ظل يعيش في كنف والدته وخالته، ولم يتطلع إلى عمل مربح يجني لقمة عيشه من عرق جبينه، ولم يتجرأ على معايشة النسوة والاستمتاع بمخالطتهم ومعاشرتهم جنسياً. إن دفعه للانعتاق من دار والده، والتفتيش عن عمل، ومخالطة النسوة، هذه الأمور كانت شاقة عليه، لا يقوى على كسر هذا الإسار وتحطيمه. وكل ما فعله المعالج أنه استخدم كل قدراته وخبراته السريرية (الإكلينيكية) من تقنيات التخيل، وتأكيد الذات والتأويلات الإيجابية، وعقود الشروط القائمة على الإثابة والعقوبة، ومناهضة الأفكار الخاطئة (تصحيح البنية المعرفية)، وغيرها من ضروب العلاج المتعدد الأساليب والأوجه، ومن ضمنها «الإقناع القسري»، وفي التقنية الأخيرة عمد المعالج إلى تصويره بصورة تقنية تمثلت بالشخص المضطرب المشوش، العصبي، الخامل الذي يتداعى في خضم مسالكة العُصاوية إن هو رفض أن يركب متن المغامرة، وعزف عن كسر هذا الإِسار السلبي الذي يضربه حول نفسه الذي يتمثل في ثلاثة أمور جوهرية هي: بقاءه في أحضان والدته، عدم سعيه في الحصول على عمل، والاختلاط بالنسوة. ولم يرغب عن ذهن المعالج القوة المعاكسة التي تمارسها والدته في منع ابنها من ركوب متن هذه المغامرات.

لقد لعبت والدته دوراً في حياته، وفي حسه في الالتزام، كما وتدبرت تأريث شكوكه المتبقية ومخاوفه في كثير من المناسبات. وقد تبين للمعالج أنه كان أكثر إغراءً وإقناعاً ومصادقية من والدته. وأخيراً قبل المريض أن يفترق عن أمه فيسكن في شقة لوحده، وحصل على عمل في شركة، ورغب أن يتبع دورة تدريبية إدارية، كما وبدأ يعاشر إحدى السكرتيرات، فخرج عن طوق عزوفه عن النسوة والاقتراب منهن.

إن النجاح العلاجي الرائع يكمن في التعرف على ترتيب الصيغة السيكولوجية (البروفيل السيكولوجي) المؤثر لاضطراباته الذي إليه يعزى معظم نوبات قلقه.

لقد أدرك المريض أن مخاوفه تأتي عادة من خلال تتابع الصيغة C- S-I-C .
B . فأولاً لقد أصبح يدرك أن بعض إحساساته الصغيرة (تسرع خفيف في ضربات القلب، توتر الوجه) تنتج تخیلات مخيفة (التفكير الكارثي) - مشاهد متتالية تخيلية لغرف العمليات، وتعليق المصل الفيزيولوجي وزرقة بالوريد - في الوقت الذي يحرض تفكيره مشاعر الخطر والتهديد حيث يضيف في كلامه مع نفسه (حديثه مع ذاته) ، «وماذا إذا» إلى الصيغة السالفة الذكر - توقع حدوث كارثة له - (ماذا إذا ما أصبحت مريضاً لدرجة خطيرة؟) حيث يتراجع وينهزم سلوكياً ويقوي ذلك الحلقة المعيبة بإنتاج مزيد من التفكير الكارثي .

إن التعرف على ترتيب الحوادث مكن المعالج أن يصف الإجراءات الفعالة .
وحالما يشعر المريض بالإحساس البدني السلبي كان لا بد عليه من ممارسة الاسترخاء التفريقي إضافة إلى تقنيات التنفس التي تعلمها . ثم كان عليه أن ينتقل إلى نجاح مختلق يتجلى بالتعامل التخييلي وفي الوقت نفسه يتحدث مع نفسه بالكلمات التالية : «كن بارداً، كن هادئاً» .

إن تتابع الصيغة العلاجية A-B-C يستدعي معالجة مختلفة من B-C-S-A أو C-S-A-B وهكذا... نسمي هذا الأسلوب بالمتابعة Tracking (انظر الفصل الخامس والملحق رقم ٢) .

معلومات عن المتابعة Follow-up

بعد سنة واحدة (شاهده المعالج عدة مرات خلال تلك السنة وأجرى له عدة جلسات داعمة بعد أن عانى التخاذل الذي لا مبرر له أتاه في أعقاب بعض عوارض قلق خفيفة) بدل عمله (كان يتلقى راتباً جيداً إضافة إلى علاوات عمولة من بيع بوالص تأمين)، كما انتقل إلى شقة سكنية أفضل، إضافة إلى استمتاعه باللهو مع النساء، وأتقن لعبة السكواتش، والتفت إلى رياضة ركوب الخيل . ذلك هو الجانب الإيجابي من نزوعاته التي طرأت عليه . أما الجانب السلبي فقد بقي لحد ما متخوفاً يتجنب الأماكن المزدحمة، ويصر على أن يجلس منعزلاً عندما يدخل المسارح . وفي اعتقاد

المعالج أنه ما زال يبدى اهتماماً بصحته . وبينما أصبح منظره متناسقاً ملائماً بالنسبة عما كان عليه في السابق ، فإنه يهتم بالأطعمة الصحية ويمارس الرياضة .

بعد أربع سنوات متابعة ، استمر في التقدم . ويفكر بالزواج ويقوم برحلات خارجية ، وحاز على جائزة تقدير من شركته التأمينية - «البائع الجيد لهذا العام لبوالص التأمين» . وخلال مقابله العلاجية أصبح على درجة مناسبة من تأكيد الذات إذ كان يُعري معالجه لشراء بولصة تأمين . ويعتزم دخول سباق ٢٤ كيلو متراً «سباق الضاحية» ، ويحاول أن يكون من مذهب النباتيين . وفي الوقت ما زالت عنده بقايا ورواسب الانزعاج من الأماكن المزدحمة ، إلا أنه أفاد صراحة بتضاؤل مخاوفه من الأماكن المغلقة . والغريب من جانب والدته أن نظرتها إلى حصيلة علاجه ونتائجه أنه أضحى ابناً فاسداً ، «أي أفسده العلاج» . وقد سمع عن والدته من شخص في تعليقها عن انطباعاتها عن علاجه أن ابنها كان «ولداً طيباً» ولكن هذا «المعالج النفسي المقيت» أفسده ، فدفعه إلى الرذيلة بالانغماس في الاتصال بالفتيات ، وربطه بأمور الانحلال الخلقي . أما المريض فلم يعد يأبه لموقف والدته منه ومن سلوكه الجديد .

تعليق ومناقشة

لا يمكن أن ينكر أي إنسان أن الكثير من الأهداف العلاجية البناءة قد تحققت في هذه القصة العلاجية . وقد يقول قائل: إن هذه النتيجة يمكن الوصول إليها بدون الأخذ بالعلاج المتعدد الأساليب ، وآخرون قد يدعون أن الذي حصل هو الأرباح الإيجابية رغماً عن العلاج .

ونعود إلى بداية القصة العلاجية حيث ، كما ذكرنا ، عرض المعالج هذه القصة على عدة معالجين ينتمون إلى مدارس علاجية مختلفة . فالمعالج النفسي التحليلي ، كما رأينا اقترح ما اقترح ، والآخر وجد مرضه في جهاز معتقده وتأويلاته الخاطئة ، علماً أنه تعالج لعدة سنين معالجة نفسية تحليلية بلا طائل .

بعد أن انتهى علاجه على يد العلامة لازاروس ، عرض هذا الأخير نتائج العلاج في حلقة ضمت عدة اختصاصيين . فادعى المحلل النفسي أن التحسن الذي حصل

عليه هو سطحي وتنبأ بإصابة المريض بالاكتئاب خلال ٣-٥ سنوات نظراً لأن مشكلة المريض تكمن في عجزه عن إقامة ارتباطات ناضجة مع أمه والمحيط (علاقات بيشخصية غير ناضجة) . إلا أن المعالج لازاروس وجد في هذا التقييم ما يدعو إلى اعتباره قصير البصر ذلك لأن المريض أصلاً تعالج بالعلاج النفسي التحليلي لمدة ست سنوات بدون أن يحصل على تحسن ملموس .

إن السؤال المطروح هنا هو كيف نحكم على هذا العلاج المتعدد الأساليب بكونه العلاج الفعال الذي إليه يعزى تحسن المريض وحصوله على تلك النتائج التي شهدناها ؟

الواقع أن المريض الذي احتاج إلى علاج تحليلي ديناميكي وإلى علاج سلوكي ودوائي ، وعلاج بالصدمات الكهربائية ، وعلاج تأملي ، ووجودي ، هذه المعالجات جعلته يستجيب لأي نوع من العلاج ومن ضمنه العلاج الأخير الذي نحن بصده . ثم هل كان يستجيب للعلاج لو أنه لم يتلق أي علاج سابق ؟ بل هل لو خضع لعلاج مدته سنتين لأمكن السيطرة على معظم حالات القلق التي عاناها ، ونقصد العلاج المتعدد الأوجه أو الأساليب منذ البداية ؟

الحقيقة أنه يتعذر الإجابة على هذه التساؤلات . إلا أنه من الزاوية العلمية البحتة لا نستطيع أن نقدم برهاناً قاطعاً أن العلاج المتعدد الأوجه كان هو القدر المعلى وسبب ما كسبه المريض من أرباح علاجية خلال هذه الرحلة العلاجية الطويلة .

ولو تم سرد قصة علاجية قصة بعد قصة حتى يمتلئ الكتاب بقصص المرضى الذين خانهم حظ الاستفادة من معالجات أخرى ولكنهم حصلوا على التحسن والشفاء بواسطة العلاج المتعدد الأساليب لاتهم القارئ العلاج الذي نحن بصده بأن نتائجه وتأثيراته هي تصادفية .

ومع ذلك إن السؤال الأفضل الذي فيه أكثر قدرة على الإجابة الموضوعية هو: هل علاج المريض السابق هياً للعلاج المتعدد الأساليب ؟

الجواب إن العكس هو الصحيح . فقد اكتسب المريض من علاجه السابق سلوكيات متعلمة احتاجت إلى إطفائها وإزالتها ، كما واحتاج إلى تصحيح

الانطباعات التي اكتسبها من المعالجين الأسبقين . وبرهاننا على ذلك أن المعالج عالج حالات مماثلة لم يسبق أن تلقت معالجات سابقة فقد استجابت إلى الطرق العلاجية المتعددة بسرعة أكبر .

ويطالعنا الدكتور لازاروس على المستوى الإحصائي فيقول لنا: إنه خلال ٧- ٨ سنوات راجعه أكثر من ٧٥٪ من المرضى الذين عالجهم حصلوا على الأهداف العلاجية المتوخاة . وخلال متابعة دامت ثلاث سنوات لهؤلاء المرضى كانت نسبة الانتكاس لا تتعدى ٥٪ من تلك الحالات .

وفي الوقت الذي لا يمكن الادعاء أن العلاج المتعدد الأوجه (أو الأساليب) له تأثيرات خاصة وملائمة للأفراد الذين يتسمون بسلوكيات نكوصية طفلية واضحة ، ولا على أولئك المدمنين الناكسين ، وأيضاً على الشخصيات السيكوباتية (المعتلين اجتماعياً) ، ولا أيضاً على الأفراد الذين يفتقدون الدوافع نحو العلاج أو من ذوي المقاومة للعلاج العالية ، إلا أنه بالتأكيد فإن بعض هذه الحالات الحرونة المعنّدة قد استفادت من هذا العلاج . إن ما يخطر على بال القارئ هنا هو كيف إذن بمقدورنا الوصول إلى تلك الحالات المعنّدة المعتلة اعتلالاً نفسياً كبيراً والتي نجدها في الصيغة BASIC ID ؟ الجواب ، من أجل ذلك فإن الكتاب الذي نحن بصدد تقديم الفن والعلم لعلاج فعال ومجدٍ .

إن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينغستون ، ونيوجرسي حيث فيها المدربون المقتدرون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من ٧٠٠ حالة خلال خمس سنوات اتضح من هذه الإحصائيات أن نسبة النجاح كانت بحدود ٧٠-٨٠٪ للحالات التي لم تنفع فيها المعالجات النفسية السابقة . إن هذه الإحصائيات هي التي تبرر نجاعة هذا النوع من العلاج وتفوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى .

وثمة أمر مهم لا بد من استجلائه هو أن الرحلات النظرية ضمن ميادين السببية البعدية أو المطلقة للمشكلات النفسية إضافة إلى التوضيح القاطع للنجاح

العلاجي أو فشله، هذه الرحلات تظل ضمن نطاق تأملي وغير منتج. فتاريخ العلم يكشف أن كثيراً من المسالك المضللة قد سلكها بحماس المفكرون الذين أثروا الأخذ بالافتراضات والنظريات وفضلوها على الملاحظات. فالمعرفة السيكلوجية اليوم لا تسمح بإيجاد نظرية دقيقة لوظيفة الإنسان. وحتى في الطب هل هناك مسائل برهنت على نفعها نفعاً عظيماً؟ فالأطباء يعرفون ما يفعلونه إزاء بعض الأمراض ولكن يجهلون أسبابها أو معرفة آليات بعض العلاجات الدوائية الفعالة. إن آلية التأثير لعدد لا يحصى من الأدوية هي غير معروفة رغم أن الملايين من البشر حصلوا على الفائدة العلاجية من هذه الأدوية. كذلك فإن العلاج المتعدد الأوجه يوضح ما يمكن أن تفعله أو لا تفعله، ومتى تفعله ومتى لا تفعله، وأيضاً كيف تقوم بمعاينة ثنائية لتأثير مداخلات علاجية نفذها معالج ما.

هذا وقبل الولوج في وصف أساليب التقويم الإكلينيكي تقويماً مفصلاً ودقيقاً يحسن أن نوضح الأمور في معاينة البنود العامة والأسس التي يستخدمها المعالجون المختصون بهذا النوع من العلاج في إطار أعمالهم المرتبطة بالمفاهيم.