

الفصل الثالث

المقابلة السيكولوجية الأولية

يتصرف المعالجون النفسيون الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأساليب في المقابلة السيكولوجية الأولى تصرفاً يماثل معظم تصرف الممارسين الذين يرومون إلى خلق صلة وفاق وتآلف مع المريض، وإلى تقويم وتثمين الشكاوي المعروضة عليهم من قبل المرضى، وإلى إقرار أفضل نوع من العلاج لحالاتهم. ومع ذلك فإن العياديين هؤلاء هم قادرون على أن يأخذوا بعض النقاط الهامة في الانطلاق. في هذا الفصل فإن أوجه التشابه والفروق بين المنهج المتعدد الأساليب والطرق الأخرى لا بد من ذكرها وإبرازها.

عندما يكون معالج على أهبة إجراء مقابلة إكلينيكية مع زبون (مريض) لأول مرة تتبادر إلى ذهنه عدة أسئلة. ما نوع هذا المريض؟ ما هي المشكلات التي سيطرحها؟ ما هي المعلومات التي سيكتمها وسيمسك عن البوح بها؟ ما هي توقعات المريض إزاء العلاج الذي سيتلقاه؟ ما هو مقدار التصلب، والدفاع، والمقاومة أو العدواة التي سيظهرها المتعالج؟ هل هو من النوع أن تنشئ معه علاقة علاجية بناءة؟

في نهاية المقابلة، هناك ما يجعل المرء يعتقد ويتوقع أن أي عيادي كفؤ قادر على الإجابة على معظم الأسئلة التالية:

١- هل هناك أية علامات تدل على وجود مرض عقلي (أي أفكار غريبة، أوهام، تنافر في العاطفة، سلوكيات غير ملائمة وغريبة؟).

٢- ماذا كانت عليه الشكاوي المعروضة والحوادث الرئيسية التي فجرتها؟

٣- هل هناك ما يبرهن على وجود تجريم الذات، والاكتئاب، أو ميول انتحارية أو إلى القتل؟

٤- كيف يبدو المريض بالنسبة إلى السمات البدنية، وأسلوب الكلام والموقف

(أي هل هو أنيس، عدائي، عبوس، ميّال للإذعان)؟ هل هناك نشاط حركي مضطرب (عرات عصبية، وضعية متصلبة، تكلف في الكلام، عصبي)؟

٥- ما هي العوامل السابقة الأكثر أهمية في قصة حياته؟

٦- من أو ما هو الشيء الذي يبدو أنه يخلد (أو يبقى) سلوكيات المريض اللاتكيفية؟

٧- ماذا يرغب المريض في أن يحصل عليه من العلاج؟

٨- هل هناك أية استطبابات أو مضاد استطبابات في تبني أنماط علاجية خاصة؟

٩- هل يمكن تنفيذ علاقة تبادلية مُرضية أو يجب أن يتم تحويل المريض إلى جهة أخرى؟

١٠- ما هي مواطن القوة والسمات الإيجابية في الزبون (المريض)؟

١١- لماذا يروم المريض التماس العلاج في هذا الوقت. ولماذا لم يطلب العلاج في الأسبوع الماضي، أو الشهر الماضي أو السنة الماضية؟

١٢- هل انطلق المريض من أرضيات مشروعة في الأمل؟

في إمكانية إجابة الإكلينيكيين على هذه الأسئلة بعد المقابلة الأولية نحن لا نفكر بأولئك الأفراد الذين يبدوون ناكسين نكوصاً قوياً، لا يتكلمون، أو مشوشين ويحتاجون إلى التهدئة بالأدوية، وإلى التعليم، والتطمين القوي أو أولئك الذين يتوقون إلى الفرصة ليخبروا الوجود الهادئ لكائن إنساني آخر، فالمضامين الخاصة بالمقابلة تضمنت - حسبما ذكرنا - ١٢ نقطة واضحة. فالمقابلة السيكلوجية لا تسبر فقط الاتجاهات العامة، والمشاكل، والاتصالات الوظيفية ولكن تقدم أيضاً إطار العمل لتقويم التركيب الأوسع وإيقاع التفاعلات الواجب اتباعها.

إن البنود الأربعة الأولى هي الأكثر موضوعية، فتضمن الشكاوي المطروحة، وجود أو انتفاء الأعراض الذهانية، النزوعات المدمرة للذات أو العدوانية، والسلوك التكلف المصطنع. وهذه البنود الأربعة تتطلب مهارات الإدراك والملاحظة. أما

البند الخامس فيتضمن ما يحتاجه المعالج إلى قضايا الاستمرارية، والسياق، والأرضية. وهنا فإن معرفة الحالة ما قبل المرض تبدو مهمة وجوهرية. ومن الأهمية بمكان أيضاً تحديد الحوادث المسرعة لظهور المرض أو الاضطراب ووزنها على التأثيرات الجارية. إن هذا ما يقود إلى البند التالي (السادس). فمن خلال التأكيد على الطرق الدقيقة التي بواسطتها يرد الأفراد الآخرون على صعوبات المريض التي تواجهه فإن الفرد يستطيع أن يدرك إلى أي حد تبدو العوامل البيشخصية أو الأنظمة (مثل الأسرة) ذات تأثير على المريض (هذه النقطة سنعرج عليها من جديد في الفصول ٤، ٥ والثامن). أما البند السابع (معرفة أو تحديد ما يرغب الفرد المريض من العلاج) فيشير إلى المريض بإخفائه لدوافعه الخفية يجعل من المعالج غير المتمرس القليل الخبرة بعيداً عن مشكلته.

وفي البند الثامن نرى أنه من الأهمية بمكان تقييم مطالب المريض فيما يخص نوعية تفاعله الشخصي. فالمعالج الكثير الكلام، النشاط الذي يعطي توجيهات ونصائح، لا يكون مقبولاً من قبل المريض الذي يرغب من المعالج أن يكون مستمعاً جيداً. ومن ناحية أخرى نجد بعض المرضى يجهلون في تنفيذ واجباتهم التدريبية المعطاة من قبل المعالج، في حين آخرون يشعرون مغلوبين فيحتاجون إلى بعض الوقت وسرعة أقل في العملية التفاعلية مع المعالج. وهنا يتعين على المعالج أن يطرح السؤال التالي على نفسه: «هل أستطيع أن أصف لهذا المتعالج ما يحتاجه؟». وإذا جاء جوابك لا، حينئذ من العدل أن تحيل المريض إلى مختص آخر.

أما البند العاشر (التعرف على سمات القوة والإيجابيات عند المتعالج) فيطرح لنا أساساً هاماً بموجبه نستطيع أن نبني مهارات تكيفية إضافية. فالمعرفة بالأمور التي يبتغيها المرضى ويسعون إليها من شأنه تمكين المعالج مساعدتهم على وضع أهداف واقعية، وبالتالي تسهيل انتقاء التقنيات المناسبة. وللتوضيح نضرب المثال التالي:

الفرد الذي يبدي خوفاً ووجلاً مفرطاً يحتاج إلى معالجته أولاً بتقنية إزالة التحسس المنهجي من خوفه قبل أن نأخذه برحلات تأكيد ذات ميدانية.

في البند الحادي عشر (لماذا التمس المريض العلاج في هذا الوقت بالذات) نجد أنه يمس الأحداث السابقة والآنية المعجلة لظهور الاضطراب . بينما في البند الثاني عشر (إثارة الأمل) يُعد من قبل البعض محرق ولب التبدل العلاجي (فرانك - ستون ١٩٧٨) . فالعلامة فرانك وجماعته يرون أن الأفراد لا يفتشون عن العلاج النفسي أولاً من أجل تخفيف ما يعانونه من أعراض نوعية بقدر ما يبحثون عن العون، نظراً لأنهم في عمق مستنقع الكرب والمعنويات المنحطة . فالرجل بدون أمل هو إنسان بلا مستقبل . ولكن الأمل الزائف من شأنه تشديد الألم والكرب في نهاية المطاف . أن يكون الفرد قادراً على استلهام الأمل المشروع والواقعي من شأنه أن يمتلك الجانب الجوهري من العلاج الفعال . ولكن كيف بإمكانه امتلاك الأمل ؟

أ - استلهام الأمل

غالباً ما يقال: إن الأفراد يستشيرون المعالج النفسي عندما تفشل قدراتهم التعامل مع مشكلاتهم ، أو تبرهن آليات التعامل على عدم فعاليتها . فقد يحيط بهم القلق ، أو الاكتئاب أو يستبد بهم السلوك الجبري أو يعتر بهم الاضطراب لأسباب يصعب حصرها . إلا أن السؤال هنا هو : «ماذا أمل من هذا العلاج ؟» هو دوماً مطروح إما بوضوح أو بصورة مبطنة . وهو يحتاج إلى جواب إما مباشرة أو بصورة غير مباشرة ، وذلك خلال المقابلة الأولية .

وعموماً تدل الخبرات الإكلينيكية أن الإجابات الواضحة ، الجيدة التوجه نحو الهدف تبدو الأكثر فعالية ، وتفضل فعلها المجدي .

ولعل الحوار المثالي التالي بين المعالج والمتعالج يوضح المراد والقصد .

المتعالج : عندما أفكر في مشكلتي أرى الفراغ والضيق ، ونوعاً من الظلام في نفق بلا ضياء في نهايته .

المعالج : عندما تفكر في أي شيء تجد الأمور تتراكم فوق بعضها البعض . إنه نوع من القهر والاجتياح .

المتعالج: (ولهجته توحى باليأس) أجل . هناك الكثير . لا أدري من أين أبدأ...
إن الأمور بحجم الجبال ..

المعالج: ما رأيك إذا أخذنا مشكلة واحدة نوعية ؟ لنقل مثلاً العمل الجديد .

المتعالج: أواه إلهي (واضعاً يديه على رقبته ومنحنياً إلى الأمام) العمل !

المعالج: إن هذا يخيفك على ما يبدو .

المتعالج: (يوميء برأسه دلالة على تأكيد ذلك) .

المعالج: ما هو الجانب الأكثر إخافة في عملك ؟

المتعالج: (يشد كتفيه إلى الأعلى ويرنح رأسه من جانب إلى آخر) .

المعالج: اتخذ خطوة واحدة، ماذا تفعل في عملك الجديد .

المتعالج: لا أعرف فيما إذا كنت أستطيع التعامل معه .

المعالج: ألم تقل: إنك ستقوم ببيع الخرداوات ؟

المتعالج: نعم ومفروشات حدائق .

المعالج: هذا حسن . تخيل أنك في العمل . زبون قال لك: (أرغب «مطرقة

وكرسياً يطوى» فهل تستطيع أن تريه المطارق وتتركه يختار ما يرغب منها ؟

والكرسي ؟ هل تستطيع أن تتخيل نفسك تقوم بهذا العمل ؟

المتعالج: متى أعددت ذلك بهذا الأسلوب ؟

المعالج: إنه هذا الطريق والأسلوب . فمن خلال الأخذ بالخطوات الصغيرة

ومن خلال تجزئة أمر مخيف مثل «العمل الجديد» إلى أعمال وأفعال نوعية فإنك

تستطيع أن تتعامل معه بنجاح . وبهذه الطريقة سنتعامل مع بقية المواقف . أي

خطوة فخطوة...

المتعالج: هل هذا ما يجعل الأمر سهلاً .

المعالج: بعض الأمور تكون سهلة، وبعضها الآخر لن تكون ذلك . سنأخذ

كل مشكلة لوحدها ونتأكد أنك نستطيع التعامل مع كل وحدة منفردة .

المتعالم: (أصبح أكثر استرخاءً) هل نستطاع التحدث بمشكلة حمل سوزان (زوجته) .

المتعالم: بكل تأكيد . لتتعاامل مع هذه المشكلة خطوة خطوة .

بالطبع هناك طرق مختلفة كثيرة في استلهام الأمل . فالكثير ما يتم نقله يكون بصورة إشارات ومنبهات غير لفظية ، وهكذا ، إذا ما شعر المتعالم بالسلبية حيال تطلعات المريض فإن هذا التحيز المتشائم سيكون أكثر من أمر يمكن إيصاله بصرف النظر عن الكلمات المطمئنة التي يبيدها المتعالم . وعلى هذا فمن الأهمية بمكان بالنسبة للمتعالج أن يكون على صلة تامة مع التوقعات السلبية التي يبيدها المتعالم أو الدلالات السيئة الإنذار . ومن الخطأ أن يبلغ المتعالم المتعالج أن حالته ميؤوس منها . ففي أسوأ الأحوال عليه أن لا يبدي التفاؤل أن بمقدوره إحداث التغير المطلوب في حالة المتعالم ، ولكن عليه أن يشدد على أن معالجا آخر قد يمتلك الموهبة لينجح في عمل علاجي هو قد فشل فيه .

بعد هذا يحسن أن نتطرق إلى بعض القضايا الهامة التي غالباً ما تبرز خلال المقابلة الإكلينيكية الأولية .

٢ - تقنية الكلمة الواحدة

إن أفضل افتتاح للمقابلة السريرية (الإكلينيكية) حسب ما أجمع عليه رواد المعالجة النفسية هو التكلم قليلاً ، ومن ثم جعل المتعالم في حالة سكية واسترخاء . ثم إن البدء بأخذ التفاصيل الأولية عن هوية المريض مثل الاسم ، وعنوان الإقامة ، والحالة الاجتماعية ، والمهنة ، والتحصيل الدراسي ، ورقم الهاتف ... الخ ، فمثل هذه المعلومات تعطي الفرصة للزبون المتعالم التكيف مع محيط غرفة المتعالم ، وأيضاً أن يخبر التبادل اللفظي مع المتعالم ، ومن ثم إعدادة للاستجواب المفصلة اللاحقة .

بعد ذلك يكون التقرب التالي هو الأكثر توضيحاً وبخاصة بالنسبة للمتعالجين المظنين في الكلام أو المنسحبين قليلي الكلام .

إن أول ما يسأله المعالج هو : إذا ما سمحت لك أن تقول كلمة واحدة تصف مشكلاتك ، فماذا تكون هذه الكلمة ؟

بالطبع تبرز الأهمية هنا في الكلمة التي يختارها لوصف متاعبه . فمثلاً قد يختار أحد الاضطرابات التالية أو أكثر :

القلق ، الاكتئاب ، مشاعر الإثم ، الانعزال ، الغضب ، اليأس ، الإحباط ، التشوش ، الحيرة ، التوتر ، الإنهاك والتعب ، عدم الاستقرار ، الضجر ، الحزن ، المرارة ، الكرب ... الخ .

إن الفرد الذي يختار كلمة «التوعك» Malaise لا شك أن لديه مساراً مختلفاً إكلينيكيّاً عن ذلك الشخص الذي يقول أو يختار كلمة (الجزع) Panic .

الخطوة التالية هي أن نطلب من المتعالج أن يستخدم الكلمة التي اختارها ضمن نطاق جملة ، مثلاً إن اختار كلمة عدم الاستقرار ، فتكون الجملة المفترضة هي : «عندي مشاعر عدم الاستقرار في معظم الأماكن ، وتسوء هذه المشاعر عندما أصيب بوعكة صحية بدنية» .

أو في اختيار كلمة التشوش Confusion فتكون استخدام الكلمة في الجملة على النحو التالي : «هناك الكثير من التشوش في حياتي إزاء الرجال ، والجنس ، والزواج» . أو في الاكتئاب : «أصاب بالاكتئاب أكثر مما هو عادي» . أو في الإحباط : (أشعر بإحباط كبير في العمل ، وأجد نفسي وقد خرجت عن طورها ومسها الجنة من هذا العالم الذي يحيط بي) . أو في الضحية : «أنا ضحية كل إنسان» .

من هذا نجد أن البدء بكلمة ، ومن ثم صياغة الكلمة في جملة بسيطة من شأن هذا التسلسل أن يعود إلى التوضيح والإظهار للمُعاني أو للمشكلة .

ينتقل المعالج بعد ذلك إلى الخطوة التالية الأكثر توضيحاً وتفصيلاً «أخبرني عن الإحباط الذي تعانيه وأيضاً عن الغضب» .

عدا النظر إلى المحتوى اللفظي الذي يُظهره المتعالج ، من الأهمية بمكان ملاحظه العوامل الكامنة . فالفرد الذي يأخذ دقيقتين كيما يلفظ كلمة «غير مُنَجَزٍ»

يختلف عن الفرد الذي يلفظ الكلمة ضمن ثابيتين . وعندما لا نستخدم هذه التقنية ، أي «تقنية الكلمة الواحدة» ، فإن المعالج عادةً يسأل المتعالج التالي : «ما الذي يزعجك؟» أو «هل تستطيع أن تضعني في الصورة حيال شكواك؟» .

٣ - في عملية البحث عن سوابق الشكاوي والعوامل المخلدة لها

عندما يعرض المريض شكاويه في المقابلة الإكلينيكية فإن هذا يحتاج إلى أن تُسكَبَ في سياق مفهوم . ولعل السؤالين التاليين في هذا الخصوص هما :

أ - ما هي الأمور التي أدت إلى المواقف الحالية القائمة ؟

ب - ثم ما هي الأمور التي جعلت من هذه الشكاوي (أو الشكوى) مستمرة ؟

ويحسن هنا التوضيح بهذا الحوار التالي القائم بين مريضة ومعالج :

الزبونة : تتأبني هذه المشاعر لدرجة أكاد أنفجر . ، فهي ضاغطة جداً .

المعالج : (وهو يفكر في أنموذجها الحسي (SENSORY Modality) ترى هل في مقدورك إعطائي المزيد من التفاصيل عن هذه الإحساسات ؟

الزبونة : حسناً . إنها توترات وضواغط نفسية . أشعر بالتوتر في رقبتي ، وفي كتفي . وفي الأيام السيئة يضرب الألم رأسي ، وحتى إنني أشعر بالألم في عضلات الفكين .

المعالج : منذ متى وأنت تعاني من هذا التوتر ؟

الزبونة : لا أدري . يبدو وكأنه دائم . أعاني دوماً من توترات ما قبل مجيء الطمث . وفي ذلك الوقت من الشهر أصاب بالعتة . أشعر بتقلصات عضلية في رأسي . وأحس وكأن جلدي أيضاً مشدود على جسدي ما إن أشعر بذلك حتى تروم نفسي التهالك على الطعام . ولكن عندما يشتد التوتر يصبح حتى الطعام معدوماً في تذوقه .

المعالج : هل شعرت بذلك عندما كنت طفلة ، أو انتأبتك هذه المشاعر في سن الصغر في الثانوية ؟ ثم هل تتذكرين أوقاتاً غابت عنك هذه الإحساسات ؟

الزبونة : عندما كنت طفلة هناك من وصفني بكوني «متوترة للغاية» . ولكن هذا التوتر اشتدت وطأته في السنين الأخيرة المنصرمة ، راجعت الأطباء فكان الدواء هو الملاذ والوسيلة . ولقد أمدتني هذه الأدوية بالراحة ، وخفت عني وطأة التوتر ، ولكن ليس هذا ما أرنو إليه وأعتمد عليه في إزالة التوتر .

المعالج : (لا بد لي من أن أعرف نوع الأدوية التي وصفت لك) ما هي الأدوية التي تأخذينها ؟ هل تذكرين أسماءها وجرعاتها ؟

الزبونة : أحد الأطباء وصف لي المرخيات العضلية . إلا أنني أتناول دواء (الفاليوم) عيار ٥ ملغم .

المعالج : ما هي المدة الزمنية التي تناولت فيها هذا الدواء ؟

الزبونة : نصحني الطبيب أن أتناول يومياً ثلاث حبات فاليوم عياره ٥ ملغم يومياً قبل مجيء الطمث . ولكن كانت هذه الجرعة تبدد وعيي وتفتت يقطتي ، لذا كنت أقصر على حبتين يومياً . وعادة لا أتناول سوى حبة واحدة يومياً . وهذا ما يساعدني على النوم في أغلب الأحيان . وباعتقادي أن نوماً مسترخياً أحققه يجعلني أقل توتراً في اليوم التالي .

المعالج : قُلتِ إن التوتر ازدادت شدته في السنين الأخيرة .

الزبونة : أجل منذ سنتين تقريباً .

المعالج : ماذا حدث في تلك السنتين الأخيرتين ؟ هل يخطر بذهنك الآن شيء ؟

الزبونة : فكرت بذلك . أنت تستطيع ذمه . أقصد أنني بلغت الأربعين منذ سنتين . ولعلي أخاف من الكبر . منذ سنتين ابني الأصغر ذهب إلى الكلية للدراسة . ومن الجائز أنني ضحية «العش الفارغ» . ولكن لا حيلة لي في ذلك ، أقولها صدقاً . أنا لا أدري .

المعالج : (لعل هذه العوامل تلعب أكثر من الدور الذي تعترف به . على أنه يمكن معاينتها فيما بعد . الآن لنر تفسيراتها الأخرى) . إذا كان عليك أن تأخذي ضيفاً مثقفاً فبماذا تقولين عن التوترات وما سببها ؟

الزبونة: صدقني ، فكرت بذلك . ولكن لم أصل إلى شيء .

المعالج: لم تصلي إلى شيء أبداً ؟

الزبونة: كما ذكرت . أصل دوماً إلى شيء . دائماً أقول عندما يغادر الأولاد البيت عليّ أن أعود إلى الكلية . قد يكون ذلك ما يخيفني لذلك أستخدم التوتر كعذر ومبرر . من يدري ذلك ؟

المعالج: (أفكر أن أعاين هذا الأمر والإحاطة به كلياً . لأرى كيف تستجيب إلى تمرين التخيل) . دعيني أختبر شيئاً . هلا أغلقت عينيك ومن ثم تخيلي أنك قررت العودة إلى الكلية ؟ تخيلي ذاتك في الصف ... ماذا ترين ؟

الزبونة: أرى نفسي وقد أنجزت درساً خصوصياً . تأبطت كتبي وسرت حتى نهاية القاعة ... هناك وجدت نفراً كبيراً من الناس . بعضهم شباب وآخرون كهول . أنت ترغب أن تعرف شعوري نحوهم . الحقيقة لا أرغب أن أكون هناك .

المعالج: أين ترغبين أن تكوني ؟

الزبونة: ذلك هو السؤال . ماذا أرغب أن أكون عندما يتقدم بي العمر ؟

المعالج: وقد يكون ذلك حيث يصيبك التوتر . ومن الجائز أنك في حالة كرب وضيق لأنك فاقدة التوجه ؟

الزبونة: هل يتعين أن نضع أصبعنا على السبب الحقيقي من أجل أن نهرب منه ؟
المعالج: كلا . لنحاول تجربة الاسترخاء ، أو التغذية البيولوجية الراجعة أو التأمل (لا يبدو أننا حددنا بدقة سوابق الشكوى ، لننظر إلى أرباح محتملة أو العوامل المبقية للشكوى) . أرغب الآن أن أقوم باختبار ترابط للأفكار بسيط . سأقول لك شيئاً وما عليك سوى الإجابة على أول شيء يخطر في ذهنك .

الزبونة: بكل تأكيد سأفعل .

المعالج: أنت الآن جاهزة أليس كذلك ؟ الأمر الجيد في التوتر هو أجيبني بسرعة . قللي أول شيء يخطر في ذهنك . الأمر الجيد في التوتر هو ...
الزبونة: يجعلهم يلاحظون .

المعالج : متى يلاحظون .. بسرعة قولني الشيء الذي يخطر في ذهنك ...

الزبونة : يعلمون أنك موجود .

المعالج : حسناً ، الآن . لماذا تجعلين من هذه نهايتك ؟

الزبونة : كنت أفكر بزوجي .

المعالج : (سأذكر استدلالاً هاماً وانتظر كيف يسير الأمر) . تقصدين زوجك

الذي يهتم فيك أكثر من غيره عندما تكونين متوترة ؟

الزبونة : كلا ليس الأمر بهذه البساطة . ولكن في التفكير بالتوتر يجعلني

أتمحور حوله ليس فقط بحضور زوجي ولكن أيضاً بوجود صديقاتي .

المعالج : (هذا أمر مهم ، ولكن لنلتفت إلى بعض السلوكيات المهمة) . هل في

مقدورك إعطائي بعض الأفكار النوعية الخاصة بماذا تفعلينه وكيف تكون ردود

أفعالهم ؟

الزبونة : لم أفكر بذلك ، أنا أحمّن . وأصارحك القول أن الناس يُبدون لطفاً

قليلاً ، وأقل إلحاحاً عندما أخبرهم أنني أعاني الصداع التوتري . ومن الجائز أنني

أستخدم هذا الصداع .

المعالج : حسناً . لنستمر في هذا الحديث . أخبريني ما هي الأسباب التي

تدفعك إلى الحاجة لالتماس العذر .

الزبونة : لا أدري . أقصد أن هذا أسهل على الأغلب للخروج من الموقف بالادعاء

أنك في حالة غير جيدة من أن ترفض بدون إبداء أي سبب . ألا تعلم ماذا أقصد ؟

تعليق :

من السهل القفز إلى استنتاجات واستخلاصات تبدو غير صحيحة .

فالمريضة كانت على حق عندما أشارت إلى أن «المرء يستطيع دوماً أن يصل

إلى شيء» . هل أن توترها هو وظيفة لمخاوفها من الكِبَر وتقدم السن ؟ وهل هذا

مرتبط أن لديها الكثير من الوقت طوع يديها ؟ ثم هل تعوزها الأهداف والغايات ؟

وهل أن زوجها وصديقاتها يعززون شكاويها؟ وهل يعوزها تأكيد ذاتها بحيث تستخدم مرضها كذريعة وحجة ووسيلة كي تقول «لا»؟

إن التساؤلات السالفة الذكر ليست سوى مجرد توجهات تجريبية. وعندما يحصل المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأساليب على مقولات مبهمة وليس على حقائق دقيقة، حينئذ يميل إلى إجراء تحليل لـ BASIC I.D. ونجد غالباً أن استعمالاً إيضاحياً لكل نموذج من المعادلة المذكورة (كما وضعنا ذلك في الفصل الأول) من شأنه الإحاطة بالصورة الإكلينيكية.

وفيما بعد، فإن إتمام استبيان القصة الحياتية المتعددة الوجوه (انظر الملحق رقم ١) يعطي مزيداً من الإيضاح للصورة الإكلينيكية.

ونافلة القول، إن التقويم الدقيق يتضمن فصل المشكلات غير الصحيحة عن المشكلات الحقيقية، وبحث عن سوابق المشكلات إضافة إلى النتائج الباقية المختلفة، ومن ثم اختيار المداخلات العلاجية الملائمة. بعد هذا الشرح يحسن أن نتكلم عن فصل المشكلات غير الحقيقية عن الحقيقية.

٤ - من المشكلات الزائفة إلى المشكلات الواقعية

خلال عملية التقويم يتوجب على المعالج أن يلاحظ بدقة ما يقوله المريض وكيف يقوله. فالانتباه إلى الأسلوب الذي يتكلم به الفرد غالباً ما يكون أكثر إيضاحاً وكشفاً من المحتوى اللفظي لملاحظاته.

إن هدف المعالج هو تقويم الفرد ومشكلاته. ونعود ونكرر يكون من الأفضل البدء بما يرغب المريض في ربطه. ومن المعروف أن المرضى غالباً يطرحون ما يمكن تسميته «بطاقات زيارة» بصورة مشكلات أو أعراض يجدون فيها السهولة في الكلام عنها.

وإذا بدا لهؤلاء أن المعالج جدير بثقتهم حينئذ يتحركون إلى قضايا أكثر عمقاً ومرتبطة بمشكلاتهم الحقيقية. وأن هذه العملية يمكن تسريعها من قبل المعالج وفقاً للمقابلة الإكلينيكية التالية التي نظمت مع فتاة عمرها ١٩ سنة:

المعالج : إذن أفادك طبيبك أن الصداع الذي تعانين منه هو من النوع التوتري .
متى يتتابك الصداع ؟ وكم مرة يمسك بك هذا الصداع المؤلم ؟

الزبونة : (وهي تغطي تاج رأسها) . هنا يبدأ الألم ومن ثم ينحدر إلى الأسفل باتجاه رقبتي . يمسك بي هذا الألم يومياً تقريباً .

المعالج : هل تشعرين بالغثيان وبالدوار ، أو تشاهدين نقاطاً أو بقعاً أمام ناظريك ؟ (وهي علائم بداية الصداع الوعائي) .

الزبونة : كلا لا أشعر بذلك ، إلا أنني لا أستطيع أن أقرأ عندما أعاني واحداً من هذه الآلام في الرأس كما أشعر بصعوبة في تركيز انتباهي . أتناول الأسبرين ، إلا أنني أعتقد أنه لا يُنصح بالاستمرار في تناوله .

المعالج : متى شعرت أول مرة بالصداع ؟

الزبونة : منذ شهرين أو ثلاثة أشهر تقريباً ؟

المعالج : أي خلال الصيف الماضي . ماذا اعتراك في ذلك الوقت ؟

الزبونة : لم يعترني شيء مهم، حصلت على عمل في ذلك الصيف ، واتصلت اتصال حب بجيمي ... (نظرت إلى الأسفل وبقيت ساكنة) .

المعالج : هل قطعت الصلة معه .

الزبونة : كلا .

المعالج : هل سبق ومارست الحب مع شخص آخر قبله ؟

الزبونة : هل تعتقد أنني حمقاء أو امرأة من طراز قديم أو ما شابه ذلك ، فأنا لا أؤمن بهذا الأسلوب من ممارسة الغرام والحب .

المعالج : أي أسلوب تتبعينه هو شيء جيد بالنسبة إلي طالما أنت تشعرين أنك مرتاحة ومسرورة .

الزبونة : ألا تؤمن بوجود عمل جيد وعمل سيء ؟

المعالج : بالتأكيد : القتل ، السرقة ، الاغتصاب ، إلحاق الأذى بالناس كلها سلوكيات شريرة سيئة . وإن إيذاء البشر هو بلا شك فعل شرير بنظري . ولكن

برأيك ماذا تحكمين على العلاقات الجنسية ، والمتعة والحب ؟
الزبونة : لم أربّ على ذلك . لقد ربيتُ تربيةً مختلفة ، فلا أستطيع مساعدة
مشاعري التي تستاء من ذلك ، وأقصد بذلك إنها ليست بالأمر التي تستطيع التكلم
عنها . وقد تستطيع أنت ذلك ، ولكن لا أستطيع التكلم عنها في داري ، مع والدي ...

المعالج : ومع أبي جيمي ؟

الزبونة : لا أدري ، تلك هي المشكلة ، أقصد أشعر بمشاعر سيئة أن تكون
الأمر تسير سيراً معاكساً لرغبات والدتي . مثل هذا الأمر أتركه لأسرتي .
المعالج : تشعرين بالإثم لأنك مارست الجنس مع جيمي ، وهذا الأمر يناهض
ما تربيت عليه وتعلمته من والديك .

الزبونة : قد لا تفهم الأمر .

المعالج : من هذا لا يفهم ؟

الزبونة : قد يكون المتعبد المتدين الذي لا يفهم ذلك .

المعالج : ترغبين مني أن أتصرف تصرف المتعبد وأقول لك لقد ارتكبت إثماً .

الزبونة : (وهي تضحك) لا أعرف ما أرغبه (توقف طويل) .

أيها المعالج : هل في إمكاني أن أطرح عليك سؤالاً سخيفاً ؟

المعالج : حاولي ذلك .

الزبونة : أعتقد أنك تفكر بأنني معتوهة (تفكر) هل تعتقد أنني ما زلت قادرة

على الذهاب إلى الجنة ؟

المعالج : بكل تأكيد .

لم يعد يسمع المعالج بعد هذا النقاش أي شكوى من ألم الرأس من قبل هذه
الفتاة الشابة . وكل ما في الأمر أنه تركز البحث معها حول ميادين اهتماماتها
الرئيسية . وفي الجلسات التالية تم تناول مشاعر الإثم وحلولها والتحدث بشأن
الأخلاقية الدينية . ومن ثم كان اتجاه الدفع العلاجي باتجاه التدريب على المهارات

الاجتماعية ورغبتها في إضعاف (إرخاء) ارتباطاتها الأسرية مع البقاء والحفاظ عليها في الوقت نفسه حفاظاً مُرضياً .

ونافذة القول ، مع البدء بما يرغبه المتعالج في أن يتكلم عنه، من السهولة بمكان نسبياً الحصول على وصف للعديد من مشكلاته وأسبابها ، وبدايتها وتطوراتها ، وعلاقتها بالشدات التي يعانها المتعالج ضمن بيئته الحالية التي يعيش فيها .

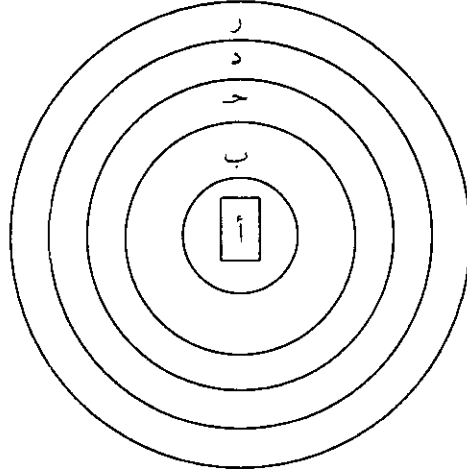
٥ - استراتيجية الدائرة الداخلية

إن الأسلوب البسيط وغالباً ما يكون ناجعاً وفعالاً في استشارة المعلومات الهامة الأساسية ، هذا الأسلوب سبق وذكرناه (لازاروس ١٩٧١) ، ومن المناسب إعادة ذكره هنا ، ففي التكرار إفادة أحياناً .

كما سبق وأكدنا عليه في الصفحات السابقة هناك الكثير من المرضى يعرضون عن الإفصاح عن معلومات خاصة بحياتهم وبخصوصياتهم ، بينما نجد غيرهم يشكوّن حيال نوع المعلومات التي يشاركون بها المعالج ويؤيدهم فيها .

لذا فإن المرضى غالباً ما يحتاجون إلى أن يُقادوا ويوجهوا إلى القطاع الشخصي الذي يلوذ بهم بدلاً من التركيز على الجوانب الهامشية والموقفية من حياتهم ، وعندما ينحرفون عن الموضوع الرئيسي ، أو يركزون على أمور لا تأثير لها على مشكلاتهم الأساسية ، أو عندما يكونون يميلون إلى جعل المعالج قريباً من متناول أيديهم الأمر الذي يعيق من أهداف العلاج ، حينئذ فإن إستراتيجية الدائرة الداخلية غالباً ما تكون هي المفضلة في التعامل مع هؤلاء المرضى .

إن الشكل التالي يتم رسمه للمريض :



يفسر المعالج الشكل المذكور بالصورة التالية :

«إن هذا الرسم يمثل الطبقات المختلفة للأمور الشخصية الخاصة بك، فالدائرة الأصغر في هذا الشكل المبينة بالرمز (أ) تمثل القطاع أو الجانب الشخصي من حياتك الأكثر خصوصية. فبعض الأفراد يحتفظون بجميع المعلومات الخاصة بحياتهم في هذه المنطقة لأنفسهم فلا يباحون بما فيها. فلا يشاركون في تفكيرهم ولا في أفعالهم. ولا بمشاعرهم أو رغباتهم أي شخص آخر سواهم. وآخرون قد يشاركون في هذه الدائرة بجزء منها غيرهم ويكونون عادة أصدقاء حميمين جداً إليهم. أما الدائرة (ب) فيخص بها الفرد الأشخاص أو الأصدقاء الخالص والموثوقين، بينما الدائرة (ح) فهي في معلوماتها مخصصة للأشخاص أو الأصدقاء الجيدين المقبولين. أما الأشخاص المعارف بالنسبة للفرد فلا يكون نصيبهم سوى الدائرة (د) (فلا يسمح لهم أن يعرفوا شيئاً عن المعلومات الخاصة في الدوائر أ، ب، ج). أما الدائرة (ر) فهي المعلومات السطحية، والعلاقات العامة مع الناس وتتضمن نوعاً من المعلومات الممكن جمعها ورصفها من التفاعلات الاجتماعية الدنيا.

بعد أن يفسر المعالج هذا الشكل للزبون المتعالج ، يؤكد عليه أن العلاج الجيد الفعال يبرز من المعلومات الصادرة عن الدائرتين أ ، وب ، وهنا يمكن أن يطرح الكلام التالي عليه :

«أشعر أنك الآن تفضي بمعلومات في الدائرة (ج) وتضعني فيها) فهذا الكلام تسهّل استدراجه للإفصاح عن معلومات أكثر أهمية .
ومن المفيد أن تقول للمتعالج أيضاً التالي :

«ألا تعتقد أنه من الأفضل أن تقربني من الدائرة (أ) أو (ب) .»

ومن المناسب أن تبين له أن بعض الأفراد يقيمون سياقاً قوياً حول الدائرة (أ) فيبدون مقاومة كبيرة في الإفصاح عن أي شيء ما هو يلتصق بهذه الدائرة (المحرمة) على غيرهم . وعليك أن تبين له نتائج هذا التبني للموقف الدفاعي المتشدد الذي لا يعود بأية فائدة للمريض .

وبالطبع فإن نتاج هذا التوضيح للمريض وتبادل الرأي يكون في إذعان بطوعية من جانب هذا الأخير أن يركب متن المخاطرة في الإفصاح عن معلومات إلى المعالج، كان يعتزم إبعاده عنها لولا هذا التوضيح من جانب المعالج .

٦ - ما وراء الأسئلة والأجوبة

من الأهمية بمكان معرفة موقف الزبون المتعالج عندما يتكلم / أو تتكلم / عن كل مشكلة أو حادثة . إذ يتعين على المعالج أن يكون يقظاً فطناً إزاء الحساسيات الخاصة التي يبديها المريض من بعض المواضيع وأيضاً حالات الضعف عنده Vulnerabilities . ومن الأمور التي لا نقاش فيها البحث عن السلوك العام الذي بموجبه يعبر المريض عن ذاته (ما الشيء الذي يتجاهله أو يختاره للكلام عنه) . وأيضاً ملاحظة سرعة الكلام (التردد ، الاختلاط والتشوش ، حصار الكلام وتوقفه) ، ونبرة الصوت وحدته ونفحته عند الانتقال من موضوع إلى آخر وهو يسرده . ثم أيضاً تعبيرات الوجه ، والوضعية التي يتخذها خلال المقابلة والحديث . والحركات التي يبديها (فكلها ذات دلالة وأهمية) ، واحمرار الوجه واحتقانه ،

تبدلات لون الوجه، التعرق، تعرق راحة الكفين، البكاء، ابتلاع اللعاب المتكرر، جفاف الفم، وحتى توسع بؤبؤ العينين. ومن الأهمية بمكان ملاحظة سرعة التنفس تتزايد أو تتناقص (أي بكلمة مختصرة ملاحظة الأعراض التوتيرية في تعبيراتها العضوية) في أوقات نوعية، وغيرها من الأعراض والتعبيرات التي تعكس القلق والاضطراب.

يتعين على المعالج أيضاً أن يكون واعياً للصورة التي يدركها المتعالج عنه. ولتعلم أن المظهر العام للمعالج، ونوع جنسه (ذكر أم أنثى)، وعمره، وطريقة كلامه، والوضعية التي يتخذها وما إلى ذلك من أوضاع، وتعبير كلها تؤثر في المرضى (الزبائن)، ونقصد استجاباتهم نحو العلاج والمعالج.

ونقصد بالاستجابات أي التساؤلات التي يطرحها المتعالج على نفسه، مثل ما هو المفيد والمأمون في الكشف عنه للمعالج؟

ثم إن دور المعالج الذي يلعبه يؤثر تأثيراً كبيراً في مسير المعالجة.

هل المعالج يتقمص دور السلطة، أو رجل الشرطة، أو المعلم، أو الحاكم، أو المبشر الديني، أو رجل أعمال؟. فعلى المعالج أن يدرك حق الإدراك أنه لا يرى من قبل المرضى بالمنظار الحقيقي لما هو عليه فعلاً. فعندما يعتلي الشيب رأسك مثلاً فقد يكون ذلك الشيب (قيمة تعزيزية) بالنسبة للمرضى الذين يستجيبون «لوجه يشابه وجه الأب» أو يرغبون «بوجه الأستاذية».

وبالعكس قد يكون السن الكبير نسبياً للمعالج أقل فعالية عند الشباب أو الشابات الذين يرغبون من المعالج أن يملأ دور الأخ أو دور الند من الأنداد الذين يتناغمون مع أفكارهم وعاداتهم ومشارب سلوكهم.

ولا مراء، أن المعالج الحق الناجح هو الذي يقر بينه وبين نفسه أنه غير معصوم عن الخطأ، ويتجنب محاولة تخيل ذاته أنه المعالج الشافي للأمراض النفسية، والشخص الذي يحقق المعجزات، الأمر الذي يجعل من العملية المهنية علاقة مع المرضى يحفها الخطر والمخاطرة. فعليه أن يعرف حدود ذاته كإنسان

مثل غيره يرتكب الخطأ وغير كامل . وأنه يخطئ ولكن لا يخفي هذا الخطأ ، بل
يجهد لتصحيح الخطأ .

ومن المفيد جداً أن يدرك المريض أنه في العلاج تسنح له الفرص التي لا
يجدها في علاقاته الاجتماعية . فمثلاً يستطيع الاستفادة من أن نقد المعالج سوف
لن يقابل بالدفاع ، ولا بردود أفعال انتقامية .

ومن الأهمية بمكان أن النقد البناء الذي يتبناه المعالج من شأنه أن يجعله
منخرطاً في عملية الكشف الذاتي الانتقائي ، وإظهار اهتمام خالٍ من الأحكام ،
 ويفهم المريض ، ويظهر القبول الكامل له . فالمعالج المتمرس هو ذلك النوع من
الناس اللطفاء المرنين وأصحاب النكتة .

من المناسب أن يسجل المعالج خلال الجلسات العلاجية ما يفصح المريض
عنه من التفاصيل أو الأجوبة رداً على أسئلة المعالج ، إلا إذا اتضح عن هذا الرصد
ما يعيق من سير النقاش والحديث، فعليه أن يتوقف عن هذا الرصد . وعادة يلجأ
معظم المعالجين إلى استخدام أجهزة التسجيل الصوتية لرصد سير الجلسة
العلاجية . ولا يفضل أن يترك المتعالج يغرق في عرق توتراته وسكونه . إذ إن
النقاش يجب أن يتركز على الميادين الأقل إيلاماً وإزعاجاً للمريض . وعادة يكون
من المناسب جداً توجيه جريان الحوار نحو العناصر المستترة الخفية السابقة حيث
غالباً ما نجد المتعالج راغباً في الكشف عن هذه العناصر التحتية . وهنا تبرز
الأهمية في مساعدة المريض على تجاوز المقاومة التي يبديها خلال سير الحوار
بدلاً من الابتعاد عنها . ولعل بعض الأسئلة المحرصة المُعينة في هذا الصدد تساعد
على ذلك مثل : «هل هناك أمر يجعلك تلتزم الصمت والسكوت حياله» ؟ وإذا كان
الأمر كذلك ، هل تخبرني ما هو هذا الأمر ؟ .

أو أن تقول له «قد يراودك الخوف بما أنا سأفكر أو أعتقد عندما أعرف ذلك ؟
وفي بعض الأحيان فإن بعض الأسئلة النقيضة المطروحة تحقق القصد والمراد
فيثير المعلومات المطلوبة كأن نقول للمريض : «إذا كنت قادراً التكلم عن ذلك
تُرى ماذا تقول لي» ؟ .

من ناحية أخرى ، من الأهمية بمكان الحصول على معلومات نوعية جداً .
ومثالنا على ذلك قول المريض «والدتي كانت حقيرة معي» .
وهنا يتعين على المعالج أن يطرح أسئلة نوعية عن حقارتها ودناءتها ويتبعها
بتساؤلات ماذا ، متى ، أين ، من . «ماذا حدث فيما بعد» متى حدث ذلك بالضبط
«أين كنت عندما حدث ذلك» ؟ .

وقد يقال إن المريض مهما كان كلامه فهو مهم ويحب الاهتمام به .
إن هذا القول فيه هُراء . فالمريض قد يجول ويطوف حول أمور لا قيمة لها
من الناحية العلاجية . إذ يتكلم عن قضايا هامشية وتافهة . وهناك طرق فعالة
وناجعة لقطع طريق هذا الهُراء . كأن نقول له : «ألاحظ أنك أخذت وقتاً كثيراً وأنت
تحدثني عن محمود أو باسمه . فأنا لا أرى ما يدعو إلى أنهما ذوا أهمية بالنسبة
لك في هذا الوقت» . فهذا النوع من الملاحظة يفتح الفرصة أمامك كيما تطلب منه
معلومات هامة مثلاً : «أخبرني عن بعض الأمور التي تتعلق بزواجك» . «ماذا دفعك
إلى تبديل وظائفك وأشغالك» ؟ .

٧ - التركيز على الجوانب التثقيفية

عند التعامل مع السلوك ، والعاطفة ، والإحساس ، والتخيل ، والمعرفة ،
والعوامل البيشخصية (إضافة إلى معرفة تفاصيل عن التغذية ، والتمارين الرياضية
والأمور الصحية وذلك في الأنموذج D) فإن التركيز يبدو مهماً على الجوانب
الثقافية (التثقيفية) . فالمرضى المتحمسون للعلاج يميلون إلى ممارسة الاسترخاء ،
والتأمل Meditation وغير ذلك من التمارين والتدريبات ، كما ويتوقون إلى قراءة
الكتب الموصى بها من قبل المعالج وغير ذلك من القراءات والمطالعات المرتبطة
بالتقنيات التي يتعالجون بها . وهم بالإضافة إلى ذلك يلخصون ما يطالعونه
ويقروونه عندما يُطلب منهم ذلك ، ويشاركون آراءهم ومشاعرهم مع المعالج . وأن
المعالج بدوره يحاول تعديل وتبديل الأساليب الخاطئة ، ويقدم الإرشاد والتوجيه ،
ويظهر العناية ، ويزودهم بالمعلومات ، ويصحح لهم مفاهيمهم الخاطئة (العلاج

المعرفي)، ويقدم لهم الدعم والتشجيع الضروريين كيما يساعدهم على الوصول إلى أهدافهم العلاجية. ويستلزم العلاج الإلحاح على أن معظم المسؤوليات تقع على عاتق المتعالج في ممارسة التمارين بين الجلسات العلاجية وتنفيذها حسب المتفق.

وهذه العملية الشقيفة غالباً ما يشرحها المعالج للمريض في المقابلة الأولى.

ولعل الحوار التالي الجاري من المقابلة يوضح القصد والمراد.

المتعالج: أرجو ألاّ تهاجمني حيال ما سأطرحه عليك. لقد شاهدت ثلاثة أطباء. فلقد عولجت من قبل د. «س» لمدة سنتين، وما زالت على حالتي لم ألمس أي تحسن. لذا كيف بإمكانك أن تعتقد أنه في قدرتك أن تنجح في معالجتني في الوقت الذي فشل الآخرون الذين عالجونني.

أكرر رجائي ألا أكون قد أزعجتك بهذا التساؤل.

المتعالج: أبدأ لن أكون كذلك. لعلك تتساءل فيما إذا كانت لدي المؤهلات المهنية العلمية الخاصة التي تعوز أولئك الذين عالجوك. إنه لسؤال مشروع وقانوني لا غبار عليه.

المتعالج: أنا لا أطلب أمراً خارقاً ساحراً.

المتعالج: (بكل لطف) أعتقد أنك تطلب ذلك. إن طريقة صياغتك لتساؤلاتك توحي بذلك، أي قد أنجح أو أفشل في حل مشكلاتك.

المتعالج: أنا لا أفكر بذلك.

المتعالج: لنطرح السؤال إذن بصورة أخرى مختلفة. إذا ما قيض وتعاوننا معاً بفعالية، وفتقنا كل إمكاناتنا، ما هي الفرص التي تسمح بإزالة معظم صعوباتك؟ إذا لم تثق بي، وتجنب أن تتركب المخاطر الانفعالية، وأعطيت لذاتك الذرائع والحجج والتبريرات كي لا تنفذ الواجبات والتدريبات المعطاة لك، وأهملت الحضور للجلسات العلاجية، وأمسكت المعلومات عني فلن يكون هناك علاج ناجح طبياً.

المتعالم: لن آتي لعندك لو أنني سأتبني هذه السياسة التي تصفها لي . وأنت على حق أن علي تنفيذ جميع المطلوب مني .

المتعالم: كما أقول لكثير من المرضى والناس ، إن المتعالم هو مدرب أو معلم .

فإذا نظرت إلى العلاج بكونه تثقيفاً فإنه في مقدورك أن تشبهه بالفرد الذي يرغب في تعلم لغة جديدة ، أو يتعلم على آلة موسيقية ، أو ينحو نحو تحسين لعبته في كرة المضرب .

المتعالم: أشعر أن حياتي رهان مخاطرة . فهي ليست نزهة بالنسبة إليّ .
المتعالم: أنا في موقع المماثلة والمشابهة ، فلا أقلل من قيمة وأهمية الموقف . ومع ذلك إن وراء عملية التبديل هو التثقيف .

المتعالم: كنت غير متعاون مع المتعالم السابق .
المتعالم: ماذا فعلت فكان معيناً حقاً ؟ من الجائز أنك لم توصل الباب في وجه العلاج ، ولكن هل عملت شيئاً فيه مسؤولية ؟

المتعالم: لست متأكداً من أنني أتابعك . فالمتعالم السابق كان ينهج في علاجه نهجاً كلاسيكياً . وأعني من كلامي أن واجباتي البيتية كانت مقصورة فقط على رصد أحلامي كتابة .

المتعالم: وهل فعلت ذلك ؟

المتعالم: بصراحة ، بعد فترة لم أجد ما يشجعني على ذلك .. أقصد ..
المتعالم: هل أخبرتك بذلك معالجك ؟ وهل كنت صريحاً فتقول له إنك لا تجد معنى في رصدك لأحلامك ؟

المتعالم: كلا .

المتعالم: حسناً هذا ما أعنيه بالتعاون ، وبالمسؤولية . وأتوقع منك مثل هذا التعامل معي أيضاً . فإذا ما طرحت عليك توصية أو اقتراحاً فستعتبرها غير جديرة بالاهتمام . فأنا أرغب أن أسمع عن مشاعرك وأعمالك ، وردود أفعالك .

وبمقدورك الآن أن تخبرني بدقة كيف تشعر حيال ما أقول لك، وما هو تعليقك على ذلك .

المتعالم : هذا جدير بالاهتمام .

المتعالم : ما هو شعورك حيال ذلك ؟

المتعالم : كما قلت، أحب ذلك، وجدير بالاهتمام، فسوف لن أخفي شيئاً عنك .

المتعالم : أرغب أن أعتقد ذلك ؟

المتعالم : ألا تثق بي .

المتعالم : حسناً، لم تكن مخلصاً لمعالجك السابق، لذا لماذا عليك أن تكون مختلفاً معي ؟

المتعالم : (وهو يضحك) لأنك أنت ابن الثعلب .

تعليق : بالإضافة إلى السعي في خلق الثقة بتقريبه كمثقف، كان المتعالم يعلم المتعالم كما يتفاعل معه . ومن خلال التأكيد على أهمية الحاجة إلى الإخلاص في العلاقة بين الاثنين، كان المتعالم قادراً على استخدام هذه العلاقة في كل مرة يشعر أن المريض المتعالم يمسك عن الإفصاح عن مشاعره أو عن معلومات «هل تتعامل معي مثل ما كنت عليه مع المتعالم السابق؟» .

لقد استقامت العلاقة بين الطرفين فوصلت درجة المثالية الأمر الذي جعل من سير العلاج على درجة كبيرة من التسهيل .

٨ - تنوع النماذج في التقربات

إن التوجه المتعدد والنماذج يؤكد على المرونة العلاجية وتعدد الجوانب . قبل أي شيء آخر فمبدأ الفردية يرى عدم وجود طريق وحدوي في معالجة مشكلات البشر . فالمعالج الذي ينضج حرارة ودماثة مع كل فرد، يكون أقل فعالية مع أولئك الزبائن الذين يرغبون ويفضلون تفاعلات فيها بُعداً، ورسمية وتماثل علاقات العمل . فالعيادي المدرك يستطيع بسرعة أن يزن أفضل الطرق في زيادة

مستوى التوافق والوثام مع المريض . فبعض الأفراد يستجيبون استجابة سيئة للغاية
إزاء الأقوال المتضمنة الملاطفة .

فإحدى المريضات بهذا السياق ، قالت لمعالجها «لا تدلّني» عندما قال لها
المعالج بسريرة صافية «بكل أمانة أشعر باهتمام نحوك» . فاللطفة جعلتها تتأسى
على ذاتها .

بعض المرضى يحتاجون إلى توضيح لردود أفعالهم العاطفية ، في حين
آخرون يحتاجون إلى مواجهة مباشرة ، ومناهضة لأفكارهم المعرفية .

أما أولئك الذين لديهم تصورات واضحة في الاستجابة فبحاجة إلى تطبيق
تقنية محاكاة النموذج Modelling ، وتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية .
وفي كثير من الحالات يتعين على المعالج أن يعالج المريض ذاته باللطف
والكياسة تارة ، وتارة أخرى يعامله معاملة بعقلية برغماتية قاسية . وعلى هذا ، فإنه
يبدو أكثر صعوبة بالنسبة للمعالج أن يكون متعدد الأساليب في تعامله مع
المرضى وإظهار صور من السلوكيات المتعددة المختلفة من أن يتبع أسلوباً واحداً
في التعامل .

فالإخصائي المهني الذي يراقب أسلوب وأنماط العلاج الذي نحن بصده قد
يقول إن هذا المعالج هو من مذهب روجر . وآخر يقول إنه معالج غشتالتي ، أو
من أتباع الفرد أدلر أو هيلي في علاجه القائم على حل المشكلة . ومراقب آخر
يقول : «إنه يذكرني بألبرت أليس» . وآخر يقول لا : «إنه معالج سلوكي ، فهو يأخذ
بتقنيات إزالة التحسس المنهجي ومن ثم بعلاج توكيد الذات» . وعندما يرى آخر
أن المعالج ينصت إلى المريض وهو يتكلم ولا يتدخل إلا قليلاً ليعلق على حديث
المريض يقول إن هذا العلاج نفسي تحليلي ديناميكي .

إلا أن الحقيقة ليست كذلك على الإطلاق ، فالمعالج المتعدد الأساليب عندما
يطبق تقنية علاجية تلتصق بمدرسة علاجية معينة فليس معنى هذا أنه يقبل
افتراضاتها ومبادئها كما هي . فإذا كان المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد

الأساليب يحلل حلم مريض ما فليس من الضرورة أن يلتزم في تحليله استناداً إلى المقولات التحليلية الفرويدية أو الرمزية للعلامة يانغ . كما يجب ألا يعتقد أن هذا الحلم هو الطريق الملكي إلى اللاشعور . ففي بعض الأحيان ، تكون الأحلام وبخاصة الأحلام المتكررة مدعاة إلى إعطاء الحلول لألغاز في الأنموذج التخيلي ، الأمر الذي يُرشد إلى الأخذ بالتقنيات السلوكية والبيشخصية^(١) Interpersonal . وعلى هذا فعندما يُفصح المريض / أو المريضة / أنها تحلم كثيراً بأنها : «تُدفع دفعاً عنيفاً مثل السرددين المحبوس في العلب وذلك في القطار» فإننا والحالة هذه نستخدم التخيل الترابطي associated imagery «أو ما يسمى أيضاً بالتداعي المترابط التخيلي» (انظر الملحق رقم ٢) .

لنصل إلى النتيجة تفسيريًا أنها تشعر بأنها مطوقة من قبل صديقها . وعلى هذا فإن التكرار السلوكي Behavioral rehearsal وتقنيات السلوك التأكيد للذات تبدو هي المختارة في هذه الحالة .

إن العلاج المتعدد الأساليب يفترض أنه نوع من التدريب المختلف عن الأساليب التقليدية النفسية العلاجية . كما وأنه يفترض أيضاً جذبُه لنوع مختلف من الأشخاص أو المرضى . فالمعالج الذي يفضل كيف يتعلم شيئاً أو شيئين بإتقان كبير قد لا يكون معالِجاً فعالاً في العلاج المتعدد الأوجه . فعلى المستوى الإكلينيكي (السريري) نمتلك ما يدعم الافتراض أنه من الأفضل أن تغطي سبعة ميادين تغطية مقبولة من أن تتعامل تعاملًا بتفاصيل كبيرة مع وسيلة علاجية واحدة أو وسيلتين .

هناك نقطة أخرى بحاجة إلى توضيح في نظرتنا إلى المقابلة الأولية . من الأهمية بالنسبة للمعالج أن يعاين مشاعره ويتفحصها خلال المقابلة وبعدها . فمعابنتنا إلى ردود أفعالنا غالباً ما نجد إشارات تدل على وجود مشكلات أساسية

(١) البيشخصية interpersonal هو تعبير يفسر العلاقات المتبادلة التفاعلية بين الأفراد وقد ورد في قاموس المورد .

تجنب إلى التملص والابتعاد عن جوانب أخرى من الاستفسارات . فمن خلال محاولتنا أن نفهم مشاعرنا حيال المتعالم الزبون نستطيع أن نصصح الإشارات المروغة التي تصدر عن المريض شريطة أن نكون موضوعيين ومخلصين . فعندما نلاحظ أن المريض يثير مشاعر التوتر في أنفسنا ، علينا أن نصصح عن ردود الأفعال التي تنتابنا على افتراض أن المعالج سيأخذ من انتقاداتنا مأخذ الروح الإيجابية . «أرغب في أن أشاركك بما أشعر به ، فأنا لا أشعر بالاسترخاء والراحة معك . وهناك أمر في ذاتك يجعلني أشعر بالتوتر» .

عندما صرح المعالج بهذه المشاعر التي يحس بها لشاب مهندس عمره ٢٦ سنة جاء لاستشارته بنتيجة خصومات وقعت بينه وبين مساعديه من العمال ، أجابه المتعالم بالتالي : «أنا لست هنا لتسليتك أو لتسترخي . أنا أدفع لك عن العلاج كيما تساعدني للتغلب على مشكلاتي» .

هنا ابتسم المعالج وقال له : «الآن أدرك لماذا أشعر بعدم الراحة معك . ذلك لأنني أحس أن مشاعري منكورة من قبلك . أتساءل فيما إذا غيري من الناس يشعرون بالشعور نفسه نحوك ، ولا أستطيع تقديم العون لك إذا كان هذا فيه عبء على مشكلاتك في العمل» . وهنا أمعن في التفكير المتعالم ومن ثم سأل : «ما هو الشيء الذي فعلته فخلق عندك هذه المشاعر السلبية» ؟ . فأجابه المتعالم : «هذا تساؤل ممتاز . دعنا معاً إذا كان في مقدورنا أن نتصوره معاً» .

إن المعالجين النفسيين المقتدرين هم دوماً في احتراس من ملاءمة المريض للمعالجة . فالهدف الأول من المقابلة الأولية هو الجزم كيف يمكن ملاءمة العلاج للمريض ، أي بعكس المقولة السابقة . ومن خلال استخدام المعايير والاحتمالات التي تبرز من الدراسات العلمية نحتاج إلى قولبة معلوماتنا السريرية (الإكلينيكية) كيما تلائم فرداً معيناً . فالمستهلكون هم على استعداد لتلقي ما يعرفه المعالج ، وكما أن الطبيب النفسي البيولوجي غير قادر على التعامل مع ديناميكيات الأسرة ، في حين أن المحلل النفسي غير قادر على الأخذ بالتقنيات السلوكية .

هذا ومن خلال تبني الوقفة الجماعية فإن المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأساليب هم دوماً في حالة يقظة وانتباه واستعداد ليلجوا في المتغيرات الاجتماعية، والنفسية، والبيولوجية، وبدلاً من أن ينظروا إلى مشكلات المريض من منظور واحد أو منظورين، فإنهم أي هؤلاء المعالجين يستخدمون سبع عدسات في إبصارهم. إن هذا من شأنه تجنب التفكير الثنائي أو الحدي . Dichotomous thinking

٩ - تتابع التقييم التشخيصي

قدمنا في الصفحات السابقة أوجهاً مهمة للمقابلة الأولية. ويبدو هاماً الإدراك أن حاجات المريض ستقرر شكل والمقابلة وصورتها وكل شيء يليها. ومع ذلك، ففي أكثر الأحيان، فإن التتابع الذي سنذكره يبدو نموذجياً.

أ - الطور الأول: قوم الشكاوي التي يبديها المريض، وثمن شدتها ومدتها. كن يقطاً إزاء سوء الوظائف بالنسبة لـ BASIC ID. فتش عن السلوكيات الهدف (أي بمعنى أي شيء يمكن قياسه) حيث إن ذلك غالباً ما يقدم لنا الدلالات Cues لتحديد الوظائف أو التدريبات البيئية المفيدة التي بدورها تكشف عن مشكلات أكثر أهمية. (فمثلاً بسؤال المتعالج الذي يبدو خجولاً أن يحسب عدد المرات في كل يوم الذي يقول فيها «لا أستطيع»، إذ بهذه الحالة أجعله يدرك كيف أنه يستخدم المقاومة السلبية كسلاح في علاقاته البيشخصية).

ب - الطور الثاني: فتش عن الحوادث السابقة القريبة، وبذكاء قوم البيئة ما قبل ظهور الأعراض عند المريض. وحاول أن تحدد الحوادث القريبة أو الآنية التي تبدو أنها هي المسؤولة عن دفع المريض إلى التماس العلاج أو العون. وأينما تجد تمايزاً قاطعاً بين الشدة الظاهرة قبل ظهور الأعراض، وقوة الاضطراب المستمر فإن الانتباه الخاص يجب أن يتمحور حول العوامل البيولوجية.

ج - الطور الثالث: نفذ تقويماً دقيقاً للبيئة التي يتواجد فيها المريض بعد ظهور الأعراض. وعين نوع العلاج الذي تلقاه المريض وما هي النتائج التي

ترتبت عن هذه المعالجة . وفي معاينتك للبيئة التي تواجد فيها المريض بعد ظهور الأعراض ، فإن هذا يطرح سؤالاً هاماً هو : «ما هو الأمر الذي يخلد المشكلة أو يبقها ؟» .

د - الطور الرابع : عندما تشك في الأمر ، عليك إجراء فحص رسمي ومنهجي للحالة العقلية عند المريض . فالاستعلام المتعلق بالحالة العقلية عادة ما تقيم وعي المريض للمكان والزمان وغير ذلك (ما اسم المدينة التي نحن فيها ؟ وما هو الوقت ، واليوم ، والتاريخ ، وما اسمك ، ومن أنا ؟) . كما ويجب تقييم الذاكرة الخاصة بالحوادث الجارية أو الحديثة (ما الطعام الذي تناولته في العشاء في الليلة الماضية ؟ ما هي عناوين الأخبار في أهم الصحف اليومية في هذا اليوم ؟) .

وهناك عمليات اختبار بسيطة ومستخدمة في التقويم الإكلينيكي ، أي الطرح التتابعي المتسلسل مثلاً ١٠٠-٧ : ومن ثم الباقي يُطرح منه العدد ٧ وهكذا دواليك . والزمن الذي يُعطى للمريض للإجابة هو بحدود دقيقة ونص في كل عملية طرح ورصد عدد الأخطاء (٤-٦ أخطاء ليست بذي قيمة وهامشية . وعندما يدل الفحص العقلي بوجود أذية في النسيج الدماغي ، فلا بد والحالة هذه من إجراء فحص كامل يغطي الانتباه ، والفهم ، والتفكير ، والمحاكمة ، استيعاب الكلام (ننصح بالرجوع إلى الكتاب الأمريكي للطب النفسي لمزيد من التوجيه) .

في نهاية المقابلة الأولية يستحسن إعطاء المريض استبيان القصة الحياتية المتعددة الجوانب (انظر الملحق رقم ١ في هذا الكتاب) لإملاء الأمثلة الواردة فيه على أن يعيده في الجلسة المقبلة .