

الفصل الرابع

صلة العلاج - التقويم المتعدد الجوانب

مهما كان حجم البراهين العلمية بين يدي المعالج ، فإن المهارات الفنية تلعب دوراً مهماً في تطبيق التقنيات العلاجية ، هناك الكثير من الجوانب المتعلقة بالقواعد العلاجية النفسية لم يوضحها العلم . ونتيجة لوجود حدود في الطريقة التجريبية ، فقد نادى واشتيل WACHTEL (١٩٨٠) بأهمية الإلحاح الأكبر على الملاحظة ، والتنوع الأكبر في طريقة وأنموذج التفكير . ويرى كولبي COLBY (١٩٦٢) العلاج النفسي كفن ، وصناعة مثل الطب ، أو أي مهنة أخرى .

يحتاج الممارسون للعلاج النفسي التسهيل في مواقف تحتاج إلى إبداعات .
فالحالات غير العادية والمشكلات المتعددة تستدعي درجة عالية من الخبرة السريرية (الإكلينيكية) والإبداع ، بل وحتى المشكلات الانفعالية النسبية التعقيد تفرض سلسلة ثابتة من الخيارات السريرية .

أكد العلامة السيكلولوجي المعروف أريكسون (١٩٥٣) «أن طبيعة وسمة نتيجة مفردة غالباً ما تكون أكثر معلومية وقيمة من كم كبير من المعلومات يستند في معناه على تعامل إحصائي» .

فملاحظة عيادي عملاق في خبرته وهو يعمل مثل سماع عازف كمان عالمي . وبينما لا نستطيع أن نحصل على «المسة خاصة» في العلاج ، إلا أنه من خلال الأخذ بالأساليب المتعددة نستطيع على أقل تقدير أن نضمن تغطية شاملة بحيث يستثير بعض السمات الضرورية التي بدونها لا يمكن كشفها .

١ - استخدام البروفيلات التركيبية

إن كثيراً من المعالجين الذين تدربوا علاجياً على أساس العلاج المتعدد الأوجه أو المتنوع ، أو المتعدد العاملين يعيرون انتباههم في علاجهم إلى المشكلات السلوكية ، والاستجابات الانفعالية ، والإحساسات ، والتخيلات ،

والتفكير، والعلاقات البشخصية، والعمليات البيولوجية. وهذا الأمر يفرق ويُمايز الممارسين للعلاج المتعدد الأساليب أو الأوجه عن التقربات والأساليب العلاجية المتعددة الأشكال أو الواسعة الطيف. وكما ذكرنا في الفصل الثالث نجد الضرورة تقضي أن نضع الشكاوي التي يعرضها المريض ضمن السياق الأوسع، وملاحظة أي أسلوب أو أساليب BASIC ID توجه الأعراض المطروحة. «أشعر بالتوتر، والإحباط، وبالشقاء في عملي وداري». وكما سنبين، إن المعالج المنتمي إلى العلاج المتعدد الأساليب كغيره من العياديين الكثيرين يتحرى ويعاين المشكلات المطروحة استناداً إلى سوابقتها ونتائجها، ولكن إضافة إلى ذلك فهو يقوم كل مشكلة في تأثيرها التفاعلي على كامل الصيغة BASIC ID.

من ناحية أخرى نجد أن بعض المشكلات المطروحة تبدو صعبة التعرف عليها فيما يخص الأساليب النوعية. «أرغب في الاتصال مع نفسي» هذا المطلوب يصعب اعتباره شكوى حسية لاستجواب دقيق. ونجد أن هذه المشكلات الغامضة يمكن أن تنحل إلى صعوبات مختلفة متعددة بالنسبة للصيغة BASIC ID.

وإن هذه النقطة سنوضحها توضيحاً أكبر عندما نتكلم عن الحالات النوعية فيما بعد وفي هذا الفصل.

قبل البدء بتحليل المحتوى بموجب الصيغة BASIC ID، يحسن بنا أن نتذكر العلامة فيريز (١٩٨٠) الذي أشار إلى قيمة البدء بالتقويم التركيبي. فهناك أناس، حسب ما يرى، هم بالدرجة الأولى «فاعلون doers» وآخرون هم «مفكرون thinkers»، بينما نرى أناساً آخرين «مستشعرين feelers» وهكذا... وبموجب ذلك فقد ابتدع مقياساً يتألف من ١٠ نقاط لكل شكل modality، وكان يطلب من المرضى أن يقيموا نسبة إدراكهم لأنفسهم على مستوى (الفعل، والتفكير، والإحساس، والتخيل، والارتباط)، كما وكان يطلب من المرضى أن يقيموا مدى ما يمارسون ويهتمون (عادات صحية)، التمارين الرياضية المنتظمة، التغذية الجيدة، تجنب التدخين، والأدوية وفرط مساهمة الكحول... الخ.

إن الدرجة العالية على D تشير إلى أن الفرد يهتم ويعتني بصحته . ويمكن رسم خطوط بيانية بسيطة موضحة لذلك .

إن الحالتين A و B الموضحتين في الصفحة التالية هما متماثلتان . إذ كلاتهما فيهما درجات مرتفعة على «الفعل ، التفكير ، والاتصال» . إلا أن الحالة A تبدو (أكثر اهتماماً في الصحة من الحالة B . وأن الحالة A هي «فاعل» «متصل» «مفكر» في حين أن الحالة B هي «فاعل» «مفكر» «متصل» قد يكون لديه فروق في الاستجابة العلاجية يمكن التنبؤ بها . فمثلاً إن كلا A و B قد يستجيبان استجابة جيدة للعلاج السلوكي ، والمعرفي ، وتقنيات البشخصية ، (مثل العلاج التوكيد للذات Self- assertiveness) ، ولكن الحالة A قد تحتاج إلى تدريبات ببشخصية والمفضلة على تقنيات إعادة تركيب البنية المعرفية ، بينما B أكثر تقبلاً للمداخلات المعرفية .

في الحالة C التي تعتبر ذات نمطين منخفضين وهما «السلوك» «والمعرفة» والتقييم الذاتي يعكس «الشعور» «الإحساس» «التخيل» «الاتصال» فإن الأساليب السلوكية المعرفية العادية قد تكون أقل فعالية من مجموعات T ، وأيضاً العلاج المحسن للعلاقة .

إن حواراً مختصراً يوضح الطريقة التي بواسطتها يمكن رسم البروفيل التركيبي . فالمريض في الحوار التالي يمثل مدير شركة ناجح يعاني من مشكلات زوجية :

المعالج : إن بعض الناس يوصفون بصفة «الفعالية» . فمن صفاتهم السلوكية إشغال أنفسهم بالعمل ، والإنجاز ، والانخراط بمشاريع مختلفة، في حين أن آخرين أكثر ميلاً ليكونوا (مفكرين) . يحبون التخطيط والتصميم ، والتفكير بالأشياء . وبعض الناس الآخرين على درجة كبيرة من (الإحساسات والمشاعر) وآخرون يجنحون نحو أحلام اليقظة ، ولديهم كثير من الخيالات والتخيلات الحية . أرغب منك أن تقيّم ذاتك على مقياس فيه عشر نقاط وله أبعاد متعددة . لنبدأ الآن

(بالسلوك) من نقطة الصفر إلى النقطة رقم ١٠ . كيف تقيّم ذاتك على البعد بكونك نشطاً، فاعلاً، الفرد الذي يرغب في أن يحول طاقته إلى فعل وأداء وعمل؟
المريض: حسناً، بالنسبة لي أرغب بإنجاز الأعمال . لا أستطيع إنجاز جميع ما لدي من أعمال إذا لم أكن بهذا النزوع .

المعالج: ما هو الرقم الذي نعطيه على المقياس؟

المريض: A - ٩ أو ١٠ (رمزنا العمل بالحرف A)

المعالج: حسناً لنقيم (المشاعر والعواطف) ما هي درجة نزوعك الانفعالي؟
وإلى أي عمق تشعر بالأمر؟

المريض: الأمر نسبي . إذا كنت تطلب مني ما هو مقدار المشاعر الذي تعبر عنه فأنا أقدر نفسي على المقياس بدرجة منخفضة جداً . فزوجتي تشتكي بعدم إظهار المشاعر ، وهي على حق بذلك . أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري ، ولكن في الداخل فمشاعري قوية .

المعالج: دعنا نضع مقياسين ؛ الأول ويصف مقدار العاطفة التي تعبر عنها والمقياس الثاني يعكس مشاعرك الكلية الجامعة .

المريض: أعطيت A ٢ ، A ٧ أو ٨ .

المعالج: حسناً، الآن ماذا عن (الإحساس)؟ الناس يربطون في الإحساس قيمة كبيرة من الجنس إلى الطعام، والموسيقى، والفن، وغير ذلك من المسرات الحسية .
المريض: أنا أرغب في الموسيقى، وأتمتع بالنظر إلى غروب الشمس ولكن لا أعرف مقدار هذه الرغبة .

المعالج: ما هو المقدار الذي تركز فيه على الآلام والمسرات والمرتبطة ببصرك، وأذنيك، والحليمات الذوقية في لسانك، وأعضاءك الجنسية وإلى ما هناك من أمور أخرى؟

المريض: لنعط الدرجة ٥ . أخي الذي يشكو من أمراض مراقبة (مراقبة وظائف الجسم) والذي يرقب كل لمعة ألم وانزعاج في بدنه أعطيه الرقم (أو الدرجة) « ١٠ .

المعالج: ولكن هذا لا يترتب أن تكون الدرجة سلبية، إذ هناك أفراد يهتمون اهتماماً كبيراً بإحساساتهم ويستمدون من هذا الاهتمام المسرة الجمالية وغير ذلك...

المريض: لتكن الدرجة ٥ .

المعالج: على المستوى التخيلي الآن، ما هو مقدار التخيل أو أحلام اليقظة من حيث الوقت تصرفه؟ لنفرض ذلك عن التفكير أو التخطيط فهذان أمران لا يدخلان في هذا التصنيف. فأنا أحصر كلامي في المدة التي تصرفها في التخيل والأحلام التي تدور حول رغباتك وأنت في حالة الوعي، أي أحلام اليقظة، وما يدور في خيالك من أحلام ورغبات ترغب في تحقيقها.

المريض: أنا لست من النوع التخيلي الطواف في عالم الأحلام. فأنا أوصف من (أهل الأرض وليس الخيال). أصِل إلى التفكير بالأمور الواقعية أعطي نفسي الدرجة ١٠ في تصنيف التخطيط والتفكير.

المعالج: حسناً لتكن الدرجة ١٠ لصالح المعرفة، ولكن ما هو الرقم الذي تعطيه للتخيل؟

المريض: ٢ A أو ٣ A .

المعالج: بقي لدينا أمران. العلاقة بالمشخصة. ما هو مقدار الأهمية التي تبديها حيال الآخرين؟ إن هذه الدرجة هي للعلاقة الاجتماعية. نحن نتكلم عن الأصدقاء القريبين منك، الرغبة في انجذابك نحو الناس، الرغبة في الصداقة والألفة.

المريض: حاجتي إلى الناس قليلة، أفضل الانفراد بنفسي. أرغب معايشة نفسي. أتمتع بالقراءة، وأجمع الطوابع. تسميني زوجتي بالمنعزل.

المعالج: الدرجة هنا هي أقل من ٥ A .

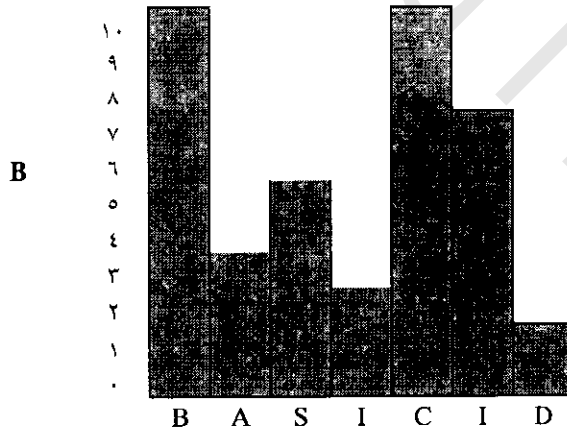
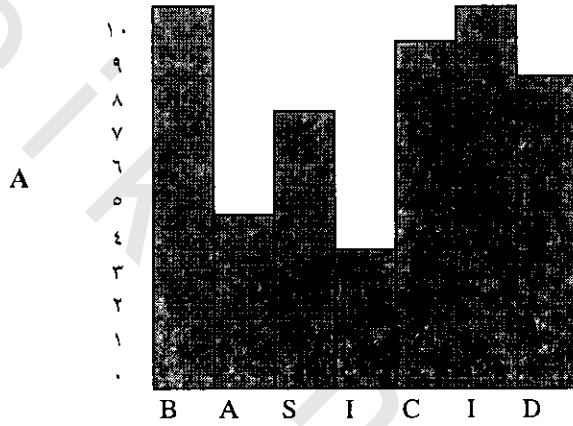
المريض: كلا أعطي الدرجة ٣ A أو ٤ A .

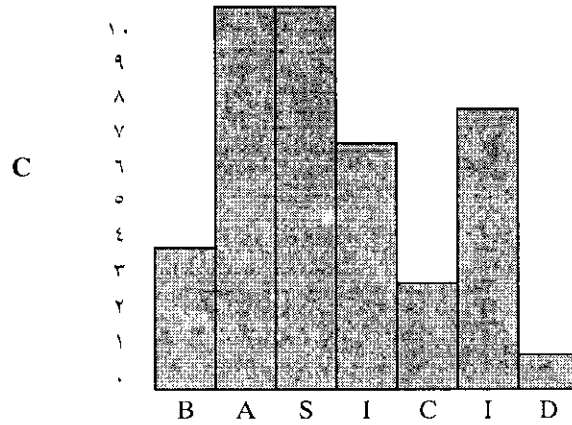
المعالج: وأخيراً أرغب أن تلمن ذاتك بالنسبة للوسيلة الطبية. أتكلم هنا عن الصحة والعادات السيئة مثل التدخين، والإفراط في مساهة الكحول، وشرب

القهوة كثيراً، والنهم نحو الطعام وما إلى ذلك ..

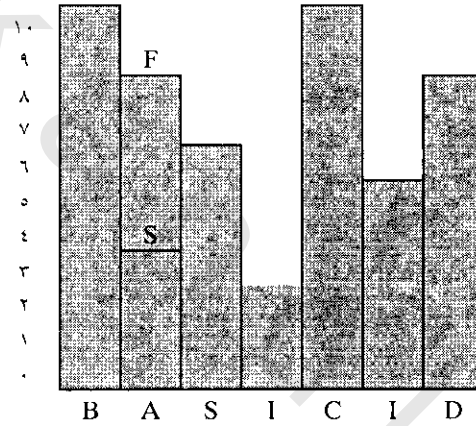
ثم هل تمارس الرياضة ممارسة منتظمة، وتأخذ قسطك الجيد من النوم،
وتتجنب الأطعمة الرديئة، أي عموماً تصون صحتك العامة .

المريض : أنا بصحة جيدة، لا أدخن، ولا أشرب، وأتناول الطعام بحساسية
وانتقائية . والشئ الوحيد الذي لا أمارسه وهو الرياضة حيث أشعر بهذه النقيصة،
لذا أنا أعطي لنفسني الدرجة A ٧ أو A ٨ .





يمكننا أن نرسم الشكل المبين أدناه الذي يوضح ما يذكرنا بسرعة النزوعات الرئيسية عند المريض الذي ذكرنا حواراه مع المعالج. وكما سنناقش هذا الموضوع في الفصل التاسع، إن هذا الأسلوب يبدو ناجعاً ومفيداً في علاج الزواج.



فإذا كان الشخص (مثل مدير شركة) ثَمَّن نفسه بدرجة عالية على أنموذج السلوك والمعرفة، وبدرجة منخفضة بالنسبة للتعبير العاطفي، وأيضاً بدرجة منخفضة على أنموذج التخيل والوداعة البيشخصية، بينما وضعت زوجته نفسها بدرجة منخفضة على أنموذج السلوك والمعرفة، وبدرجة عالية على التعبير العاطفي إضافة إلى الحاجة إلى اتصال إنساني وثيق، وأصدقاء وديعين، فإن درجة عدم التجانس تجعل النصيح في الطلاق خياراً أكثر واقعية من الانخراط في العلاج الزوجي (لازاروس ١٩٨١). ففي جميع أنواع العلاج، نجد أن الاعتبارات الأكثر أهمية تتمحور حول محتوى المشكلة ضمن كل أنموذج، وتأثيرات تفاعلاتها.

ولعل الذي يهمننا هنا الكلام عن الطريقة التي يمكن بواسطتها يتم تركيب
بروفيلات النموذج Modality profiles

٢ - تركيب أو إنشاء بروفييل الأنموذج (أو لائحة الصيغة BASIC ID)

إن السمة التمييزية للعلاج المتعدد الأوجه هو في صيغة BASIC ID والمتمثلة
في لائحة بروفييل الأنموذج التي تُعد بمثابة بوصلة وخارطة معرفية .

وكثيراً ما يسأل الناس مدى ضرورة رسم بروفييل الأنموذج وهل هو مجرد
تمرين في الجبرية ؟ فكتابه السمات البارزة لصيغة الزبون المريض BASIC ID
تسهل التصنيع الأنموذجي للمعلومات ضمن السياق العلاجي . ثم إن هذه الكتابة
تسمح لأن تكون صلة واضحة بين العلاج والتشخيص وذلك من خلال تكميل
وظائف التقييم . ووضع الأهداف وتحديد نوعية التقنيات العلاجية .

هذا ومن أجل توضيح الطريقة التي تتم بموجبها إنشاء بروفييل الأنموذج فإن
الحالة التالية التي سنذكرها هي أفضل مثال لمثل هذا التوضيح . رجل عمره ٤٠
سنة يشكو من أعراض القلق ونوب الجزع ، تنامت تنامياً مترقياً فأضحت أكثر
إزعاجاً له خلال ٤-٥ سنوات الأخيرة .

يعمل مدير تنفيذي لشركة مبيعات لا يمارس عمله بنجاح ، حسن الهندام
ويبدو مسترخياً ، لا تظهر عليه أي علامات الزيغ المهمة .

بدنياً كان يصعب التعرف على العوامل السابقة والنتائج الباقية . مما قاله
المريض : «بدأت أشعر بهذه النوبات منذ خمس سنوات بدون وجود سبب ظاهر .
لا يوجد سبب كيما تنتابني هذه النوبات . فكل شيء في حياتي الزوجية يسير على
ما يرام . لدي زوجة رائعة ، وولدان ، وعمل من الدرجة الأولى» .

مؤخراً ، منذ سنة أو سنتين بدأ المريض يحدد مدى حركته . «كنت أضرب في
الشارع حيث تعودت الترحال والسفر لإجراء مقابلات تجارية وبيع . أما الآن فقد
اختلف الموقف . إذ بت أخاف الابتعاد عن داري أكثر من مسافة ساعة خوفاً من
التعرض لنوبة جزع» .

ونتيجة لذلك فقد عمله مما أحدث له هذا فقدان الاكتئاب . وفضلاً عن ذلك ، كان خلال السنة الفائتة المنصرمة عرضة لكثير من الأمراض ؛ أهمها الصداع وآلام في المعدة . راجع طبيياً نفسياً خلال السنوات الثلاثة الماضية ، إلا أن حالته استمرت سوءاً .

في نهاية المطاف حط الرحال عند المعالج النفسي أرنولد لازاروس فأجرى له المقابلة الأولى وأعطاه في نهاية هذه المقابلة الاستبيان الخاص بالقصة الحياتية (انظر الملحق رقم ١) لإملائه في البيت . فأنجز المطلوب منه وأعادته إلى المعالج في الجلسة الثانية .

خلال المقابلة في الجلسة الثانية استعرض المعالج إنجاز المريض للاستبيان الخاص بالقصة الحياتية ، وطرح على الأخير أسئلة نوعية ترتبط بالبنود التي بدت غير واضحة . وفي نهاية هذه الجلسة حصل المعالج على المعلومات من خلال الجلستين ومن أيضاً الاستبيان المذكور . وقبل موعد الجلسة الثالثة كانت الواجبات البيتية التي أعطيت للمريض لإنجازها استهدفت استخلاص البروفيل الأنموذج البدئي الخاص بالمريض . وقد بدت ميادين المشكلة حسب التالي :

B : ● تجنب تخوفي

● فقدان السيطرة الذاتية

● مكوث المريض في الفراش عندما يكون قلقه عالياً شديداً .

A : ● قلق

● جَزَع

● هجمات اكتئابية

S : ● تشنجات وقولنجات بطنية

● صداع

● دوّار

● خفقان قلب

● توتر

● خدر حسي

● رجفة

● جفاف فم

● تسرع ضربات قلب

I : ● تخيلات عجز

● تخيل ذاته بعجزه عن التعامل المشكلات ، فقدان السيطرة على ذاته ، الفشل ،
ذكريات تدور حول موت الوالد ، وتخيلات جنائزية حول ذاته وهو يموت في
سن ٤٤ مثل والده

C : ● مبالغة في قيم العمل البروتستانتية

● انشغالات بأفكار الموت والنزاع

● «حياتي تضبطها القوى الخارجية»

● «من الأهمية بمكان إرضاء الآخرين»

I : ● فرط تقمص لوالده

● الزوجة تمد له حنو الأم حيال شكاويه البدنية ، ويبدى اهتماماً حول قلقه .

D : ● يتناول المهدئات النفسية

● يشكو من تشنج كولون

● يدخن حوالي ٢٠ لفافة تبغ يومياً

● أظهر استجابات مزعجة حيال تناوله الدواء توفرانيل (وصفه الطبيب النفسي له

للسيطرة على نوبات الجزع)

صرف المعالج من وقته زهاء نصف ساعة لقراءة المعلومات الواردة في استبيان

القصة الحياتية ، ولرسم البرو فيل الأنموذج . وهذه كانت إنجازات الجلستين الأولى
من خطة العلاج .

أبان تحليل الصيغة BASIC ID كما وردت أعلاه فإن المريض يعاني من حالة قلق جزعي نموذجي (مشاعر القلق والجزع وفقدان السيطرة على الذات إضافة إلى أعراض بدنية سوماتية مصاحبة).

فنظرة سريعة إلى بروفيله يبرز السؤال التالي :

«ما هو الأمر أو الفرد الذي جعل من أعراضه مستمرة؟» .

الجواب : الأنموذج التخيلي ، والأنموذج المعرفي ، والأنموذج البيشخصي هي صور النماذج البارزة في هذا الاضطراب المستمر .

إن فرط تقمصه لوالده الذي كان يتصف بمدير مبيعات تنفيذي ناجح وبارز ، والذي توفي إثر نوبة قلبية وهو في الأربعينات (٤٤ سنة) عندما كان ابنه المريض بعمر ٢٢ سنة ، هذا التقمص هو الأكثر أهمية في قصته المرضية .

لقد نسج المريض على منوال أبيه وسيرته ، وبدا الآن يحاكيه في مشاه السابق محاكاة أمينة (لم يكن والذي مريضاً جداً كيما يضيع يوماً واحداً من العمل) ، إنه أى المريض في مأزق . زوجته تنظر إلى قلقه بكونه مرضاً يتعزز بالأعراض البدنية التي يبيدها . وأن خياراته بالأعراض قد تكون مرتبطة بهذا التعامل الثنائي .

ومن خلال دراسة البروفيل الأنموذج ، نصل إلى افتراضات «فاعلة إضافية» يشاركنا المريض فيها .

إن حدة الذهن الإكلينيكية تقودنا إلى تجنب بعض القضايا حتى يتم إيجاد رابطة علاجية قوية . ولكن خلاف «التفسيرات» (حيث يفترض أن المعالج يعرف الأحسن) ، فإن هذه الافتراضات ستكون خاضعة إلى التبديل ، والمراجعة أو أنها تتعزز من خلال المناقشة .

ولنعلم أن المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الجوانب عادة ما يتجنبون «التفسيرات» . إنهم يشاركون «بالانطباعات» و«بالافتراضات» «وبالملاحظات» .

ثم هل بإمكان المعالج أن يتصرف نحو زبونه المريض «أو المريضة» بتواضع
وبتحفظ علمي في الوقت الذي يبدو واثقاً من نفسه، يتسم بالجدارة والكفاءة؟
الحق أن عليه أن يكون كذلك .

عندما يتم إنجاز البروفيل الأنموذج، لا بد من مناقشة كل بند مع المريض في
محاولة لإزالة الغموض والالتباس . يتم تحليل كل مشكلة نوعية بالنسبة لسوابقها
ونائجها، بحيث يستطيع الفرد معرفة أهميتها الوظيفية .

وقبل وصف هذه العملية، نتكلم عن مسألة أخرى وهي هل في مقدور
الزبون المتعالج أن يستخرج بروفييلات الصيغة BASIC ID بنفسه؟

أ - المتعالجون يرسمون بروفييلاتهم الخاصة بالأنموذج

هل تقضي الضرورة أن يرسم المعالج بروفييل الأنموذج الأولي؟ .

وإلى أي حد يستطيع معظم المتعالجين رسم بروفييلاتهم للأنموذج بصورة
جيدة؟ وهل هناك فوائد في جعل المعالج والمتعالج يتعاونان لرسم بروفييل
الأنموذج كل واحد لوحده، ومن ثم يقارنان الأداءين؟ .

أبانت الخبرات الإكلينيكية أن كثيراً من المتعالجين الكبار قادرين على رسم
بروفييلاتهم بأنفسهم، وغالباً ما يكون ذلك مفيداً جداً بالنسبة لكلا المعالج أو
المتعالج أن يرسموا لوحدهما البروفيل، ومن ثم يتناقشان بنتائج أدائهما معاً .

كيما يقوم المتعالج برسم بروفييله الخاص بالأنموذج فهو يحتاج بادئ ذي بدء
إلى تفسير مقتضب عن كل بند من بنود الصيغة BASIC ID . وعادة، يلجأ المعالج
النموذجي إلى إعداد تعليمات مطبوعة على الآلة الكاتبة تتضمن الوصفات التالية
لكل أنموذج من الصيغة السابقة :

(١) - السلوك :

ويدل هذا الأنموذج Modality على السلوكيات الواضحة الظاهرة مثل : الأفعال،
والعادات، ووضعيات الجسم، والاستجابات، وردود الأفعال التي تلاحظ وقابلة
للقياس .

عليك أن تسمي الأفعال، والعادات ... الخ. التي ترغب في زيادتها أو التي ترغب في إنقاصها. حدد الشيء الذي ترغب في بدء العمل به وما هو الشيء الذي ترغب في إزالته وإيقافه.

(٢) - العاطفة :

وتشير إلى الانفعالات، والأمزجة، والمشاعر القوية. ما هي الانفعالات التي تخبرها في أكثر الأحيان. حدد حصراً كتابة الانفعالات غير المرغوبة (أي مثل القلق، والاكتئاب، ومشاعر الإثم، والغضب... الخ) اكتب «السلوك» ما تنوي أن تفعله عندما تشعر بطريقة ما.

(٣) - الإحساس :

أي الإبصار، والسمع، واللمس، والتذوق، والشم، ونقص الحواس الخمس الأساسية.

نظم لائحة بالإحساسات السلبية (التوتر، الألم، الدوار، التعرق، احمرار الوجه، الغثيان ... الخ) التي تتنبأك. فإذا كانت أي من هذه الإحساسات تسبب لك التصرف أو الشعور بطرق معينة أرصد هذه التصرفات أو الشعور في أنموذج «السلوك» أو «العاطفة».

(٤) - التخيل :

سجل كتابة أي من أحلام اليقظة المتكررة، وأي من الذكريات الحية المزعجة. وأيضاً ضمّن أية سمات وعلائم سلبية حيال الطريقة التي تشاهد ذاتك بها أي (صورة ذاتك). نحن نفتش عن (الصور) الماضية، والحاضرة، والمستقبلية التي تزعجك، كما يهمنا أيضاً (الصور أو التخيلات السمعية) أو الأصوات التي تشكل لك مشكلة. ضمّن أي تخيلات حية ماضية، حاضرة، مستقبلية أو إحساسات، وتأكد أن هذه البنود تنضاف إلى بنود: السلوك والعاطفة، والإحساس.

(٥) - البنية المعرفية :

ما هي نوع الأفكار ، والقيم ، والآراء ، والمواقف التي تقف حائلاً في وجه سعادتك والاستمتاع بحياتك (مثلاً أنا إنسان أخرق) أو (أنا إنسان أخجل من نفسي) أو (أنا شرير ومجرم) . ما هي أكثر الأفكار التي تبدو لك غير منطقية ؟ كيف تؤثر هذه الأفكار والآراء على سلوكياتك ، ومشاعرك ، وإحساساتك وتخييلاتك (سجل هذه الأمور) .

(٦) - العلاقات البشخصية :

اكتب مشكلاتك ومتاعبك مع الناس الآخرين (الأصدقاء ، المحبين ، الأقرباء ، الرؤساء في عملك ، المعارف ... الخ) . والتي تعد مصدر إزعاجاتك . أي اهتمامات عن الطريقة التي يعاملك بها الآخرون يجب أن تذكر في هذا الأنموذج المعرفي . افحص بنود النماذج المدرجة تحت عنوان : السلوك ، العاطفة ، الإحساس ، التخيل ، البنية المعرفية ، وحاول أن تحدد كيف تؤثر هذه النماذج وكيف أيضاً تتأثر هذه النماذج بالعلاقات البشخصية .

(٧) - الأدوية التي تتناولها :

نظم لائحة بكل الأدوية التي تتناولها والموصوفة من قبل الطبيب أو التي تتناولها بدون وصفة طبية . اكتب في هذا الأنموذج أية اهتمامات صحية وطبية وأعراض تعانيتها .

إن فوائد وضع البروفيل الأنموذج على الصورة التي ذكرناها والتي تتفوق على الاختبارات النفسية التقليدية والتشخيص السيكا تري النموذجي الرسمي، هذه الفوائد تتضح بالحالة التالية :

شابة عمرها ٣٣ سنة مهندسة ديكور أحييت إلى المعالجة النفسية ، راجعت معالجا نفسياً تقليدياً ، وانخرطت في العلاج النفسي لعدة سنين ولكن لم تحصل على فائدة علاجية ، إلا النزر القليل ، ولكنها اتفقت مع المعالج على تبديل الطريقة العلاجية النفسية .

تضمنت رسالة تحويلها من معالجها السابق الوصف التالي لحالتها :

تحمل سمات مختلطة من الشخصية النرجسية والهستيرية إضافة إلى عوارض Episodes نهم نحو الطعام Bulimia ثم إن في سلوكها ملامح واضحة من الوسواس والجبر ، واضطراب اكتئابي غير نموذجي يخفي وراء الكثير من أعراضها السوماتية . وقد تضمنت رسالة الإحالة تحليلاً مفصلاً لاختبارين نفسيين إسقاطيين . ونذكر هنا ما ورد باختصار في التحليل للاختبارين : «تتضمن آلياتها الدفاعية الرئيسية التحويل ، والمعاوضة والإبعاد . كما أن نزوعها نحو العزلة رسخ عندها مشاعر الوحدة والعزلة واليأس . وعندما تتهدد بفعل مشاعرهما ، فإنها تلجأ إلى فرط التفكير والعقلانية الأمر الذي يجعلها تقاوم اختبار الواقع ومعاينته» .

من مقارنة ما ذكرناه من وصف لشخصيتها ، فإن بروفيل النموذج الذي رسمته بنفسها عن شخصيتها بعد المقابلة الأولى التي نُظمت مع المعالج يتضح التالي من هذا البروفايل :

B : ● التسويف والمماطلة .

● عادات طعام سيئة تتظاهر بالنهم والشراسة .

● الثرثرة وفرط الكلام بفعل العصبية .

● ضعف التنظيم في العمل .

A : ● الاكتئاب ، القلق ، والجزع .

● مشاعر الإثم المرتبطة بالعمل .

● مراقبة الذات في كل شيء : اللباس ، الفعل أو القول .

● المخاوف من الرفض الاجتماعي .

S : ● التوتر - وبخاصة في الوجه ، الرقبة ، والظهر .

● لا يحصل الاسترخاء التام إلا خلال ممارسة الجنس .

● الإعياء الذهني ، إحساس مختلط مشوش في كل الأوقات .

I : ● تخيل الذات بالبدانة والكره لجسدي .

- صورة الجسد مرتبطة بالطعام وأنماط الرياضة .
 - غالباً ما أتخيل ذاتي كامرأة مسنة وبشعة .
 - فقدان أحلام رومانس المراهقة وتخيلاتها .
 - C : يتعذر عليّ تنفيذ X,Y,Z .
 - لن أجد حلاً لمشكلاتي الانفعالية .
 - يتعين عليّ الحصول على موافقة والدي .
 - لا أستطيع تجنب الأخطاء .
 - I : غير قادرة على إيجاد صداقات مع الرجال (تفكيري حديّ إما أن أخالط أو لا أخالط) .
 - أبدي اهتماماً كبيراً بإرضاء الناس .
 - أشعر بالوحدة والانعزال - أحتاج إلى صداقات ، إلا أن الناس يشيرون عندي المتاعب والتوترات .
 - D : أتناول دواء الفاليوم ٥ - ١٠ ملغم يومياً .
 - عندي عادات طعام سيئة .
 - التمارين الرياضية دورية وغير منتظمة .
- إن هذه الأوصاف والمعلومات الواردة في اللائحة السابقة هي أفكار آنية توصي لنا بأهمية المداخلة العلاجية . فالمعلومات التي كشف عنها استبيان القصة الحياتية والمقابلات البدنية ، وجلسات العلاج تزودنا بالمادة الإضافية لوضع بروفيل الأنموذج . فبروفيل الأنموذج طرح تفصيلات أكثر مما عند المريضة من وعي نفسي لمشكلاتها ، وحصلت على الكثير من الاستبصارات من علاجها السابق .
- ولمزيد من الشرح حول أهمية بروفيل الأنموذج ، نورد بروفيل الأنموذج التالي لممرضة عمرها ٢٢ سنة تبدي مشكلات تتجلى «بالمرأة الخجولة مع النسوة» ، تتصارع كثيراً مع والدتها ، وغالباً ما تعيش الإحباط والاكتئاب . بهذا وصفت مشكلاتها .

B : ● أوقفتُ التدخين .

● بدأت أمارس الرياضة .

● أبتعد خجلاً عن النسوة الجذابات الجميلات .

A : أعيش الاكتئاب والغضب ، والخوف .

S : ● التوتر

● واحمرار الوجه

I : ● أتخيل النسوة تتكلمن من وراء ظهري .

● تخيلات كثيرة تعكس مشاعر الوحدة والعزلة .

● غالباً ما أتخيل والدتي تقول لي : « ترى من أنت ؟ »

C : ● أنا لست طيبة .

● النسوة الجميلات يصفنني بالمرأة القبيحة البشعة

● أنا خاسرة .

I : ● أمي تراني بنتاً بعمر ١٠ سنوات .

● بشعة وخجولة مع النسوة الجميلات .

● أصدقائي قلة .

D : أدخن من علبة ونصف إلى ثلاث علب دخان .

لنتكلم الآن كيف بالإمكان الحصول على مادة إضافية ، وكيف يتم تنفيذ ما

نسميه بالمعاينات المتصالبة ، والمعاينات الثنائية من خلال الصيغة BASIC ID .

أ - معاينة النماذج المختلفة

ذكرنا في الفصل الثالث أن جميع الأعراض التي يبديها المريض هي خاضعة

للتحليل الوظيفي وذلك بهدف تحديد :

(١) - المنبهات السابقة .

(٢) - المتحولات الوسيطة العضوية .

(٣) - متغيرات الاستجابة القابلة للملاحظة .

(٤) - النتائج (Kanfer and Saslow 1969)

ويمكننا القول إن الفرد يطرح التساؤلات : ماذا، متى، أين، من هو، كيف .
مثلاً : (ماذا حدث مباشرة قبل ظهور المشكلة أو المرض؟ أين كنت في ذلك الوقت؟ متى لاحظت ذلك لأول مرة؟ مع من كنت في ذلك الوقت؟ كيف كان ردك الأول؟ ماذا فعلت فيما بعد؟ أين ذهبت؟ مع من شاهدت؟ كيف تعاملت مع الموقف؟) .

فالتساؤلات : ماذا- أين - متى - من - كيف تشير ردود الفعل الدقيقة والاستجابات التي تقدم لك صورة أوضح للحوادث السابقة، والسلوكيات المستمرة، والنتائج الباقية القائمة . (أحياناً يستعلم الفرد عن «لماذا» إن بعض العوامل ظهرت أو استمرت . ولكن أنموذج الأسئلة لماذا غالباً ما يثير الاستجابات «أنا لا أعرف» أو أنها تقود إلى تبريرات مضللة .

في رأي كل من باندلر وغريندر (١٩٧٥) أن الأسئلة من نوع «لماذا» ليس فيها محاسن وذلك عند تقييم المشكلة . فإذا قال المتعالج : «من الضروري أن يتصرف المرء تصرفاً مناسباً أمام الناس» .

ومن ثم سألته المعالج «لماذا من الضروري أن يتصرف تصرفاً مناسباً أمام الناس؟» فإن الإجابة قد تكون أحياناً عاكسة لأصدقاء البروتوكول الاجتماعي والأعراف . أما لو كان السؤال بصيغة «ماذا» . «ماذا يحدث إذا ما فشلت في التصرف تصرفاً ملائماً أمام الناس؟» فإن هذا الطرح التساؤلي بكلمة «ماذا» هو الأكثر ملاءمة لإثارة المعلومات الملائمة، إكلينيكية . والأمثلة التالية شواهد على ما ذهبنا إليه :

المتعالج : يتعين عليّ ألاّ أنخرط انخراطاً عميقاً .

المعالج : ما الذي يحدث إذا ما انخرطت انخراطاً عميقاً؟

المتعالج : لا يستطيع الإنسان أن يحب أكثر من شخص واحد في كل مرة .

المعالج : ماذا يمنعك من أن تحب أكثر من شخص واحد في كل مرة؟

المتعالمج : لا يوجد فرد قادر على أن يفهمني .

المعالج : ماذا الذي يمنعهم من ألا يفهموك ؟

وكما ذكرنا في الفصل الثالث ، فإن المبالغات والقصورات التي نجدها في محتوى الصيغة BASIC ID يتعين معاينتها بدقة . وأينما يكون ممكناً يتم الحصول على المعلومات الكمية بالنسبة للتكرار ، والشدة ، والمدة (أي عن المشكلة) . وأن السؤال الأساسي الذي يطرح هنا هو : ما هي الحاجات المراد زيادتها والحاجات المراد إنقاصها ؟

ومن الأهمية بمكان أيضاً الحصول على حقائق نوعية حول ردود الفعل المعاكسة . «متى لا ترد بتلك الطريقة ؟» ووفق أية ظروف تشعر بالثقة بالنفس أكثر من مراقبة الذات ؟ . (متى تكون غير خجول ؟) . إن مثل هذه الأسئلة تدفع بالمريض إلى إظهار قواه وقدراته والتي من خلالها يستطيع المعالج أن يعززها ، ومن ثم يتعلم المتعالج أن يستخدمها في الميادين التي يكون فيها أقل كفاءة وجدارة . (من المناسب أن يخصص المعالج عموداً يسجل فيه نقاط القوى والمصادر) في بروفيلات الأنموذج الخاص بالمرض . ويمكن أن يتم ذلك أيضاً على ورقة منفصلة حيث يسجل فيها السمات الإيجابية الموجودة عند المريض . في حين يقتصر استخدام البروفيلات على تحديد ميادين المشكلة التي تحتاج إلى معالجة . وعندما يتم تقييم القوى والجوانب الإيجابية عند المريض ، من المفيد الحصول على انطباع عام عن قدرة المريض على ممارسة ضبط الذات والتدبر الذاتي Self - control and self - management (ما هوني ١٩٧٤) وخلاصة الموضوع ، إن السيطرة على الذات هي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بقدرة الفرد على تحمل الإحباط . هناك الكثير الذين يؤمنون أن ما يسمى بعتبة تحمل الإحباط هي فطرية تركيبة عند الإنسان .

وليكن ذلك كما يقال ، فالتجربة الإكلينيكية أبانت أن المرضى الذين يملكون سيطرة ضعيفة على نزواتهم هم عموماً الأكثر صعوبة في العملية العلاجية . ومهما يكن من أمر ، هناك دراسات كثيرة تطرقت إلى الطرق النوعية لتعليم

المتعالمجون كلفة إنجاز سيطرة أكبر على الذات (غانفر ١٩٧١، ثوريزن ١٩٧٤، واطسون وثارب ١٩٧٢).

ولأهداف التقييم من المفيد تحديد أي من التقنيات النوعية الخاصة بالسيطرة الذاتية تبدو جزءاً من أدوار تكرار الاستجابة عند المتعالج «كيف كنت تتدبر سابقاً في السيطرة على هذا الأمر؟»، (ما الذي ساعدك ألا ترد بتلك الطريقة؟).

وفي الوقت الذي نجد اختبارات نوعية واستبيانات خاصة بقياس السيطرة على الذات، فإن التقييم المتعدد الجوانب لا يحتاج إلى فهارس كمية لمعرفة فيما إذا كان المتعالج يعزو ما يحدث معه بإرجاعه إلى أفعاله أو إلى الحوادث الخارجية. (الأفراد الذين يميلون نحو السيطرة الداخلية يرون الحوادث الإيجابية والسلبية بكونها تنبع من سلوكياتهم، وأنها نتائج أفعالهم، وبصورة عكسية، فإن أولئك الذين يعتبرون الحوادث السلبية أو الإيجابية غير مرتبطة بسلوكياتهم يعتقدون أنها تصدر عن السيطرة الخارجية، وعلى استعداد أن يعزوا مشكلاتهم بكونها خارجة عن نطاق سيطرتهم).

إن اختبار السيطرة الداخلية - الخارجية يتمثل في طرح أسئلة على المتعالج لوصف العوامل المعتبرة من قبله مسؤولة عن مآزقه وورطته الحاليتين.

فالأفراد الذين يرون أنفسهم بمثابة (ضحايا الظرف) هم عادة تبدو معالجتهم صعبة أكثر من أولئك الذين يدركون أنهم مسؤولون إلى حد كبير عن إدارة وسير مشكلاتهم. وفي الوقت نفسه إن أولئك الذين نسميهم بـ (الراكسون الداخليون internal reactors) الذين يسندون إلى أنفسهم الذم لأي أمر خاطئ، وينخرطون في عملية كراهية الذات، والتخلي عنها، يصعب معالجتهم بالصعوبة نفسها التي نجدها عند أولئك الذين يسندون الخطأ إلى غيرهم ويرمون مسؤوليته عليهم.

ونافلة القول من كل ما ذكرناه أن جميع البنود المدرجة في بروفيل الأنموذج يتم معاينتها بالنسبة للمنبهات السابقة، والمتحولات العضوية ومتغيرات الاستجابة، والنتائج. ويتعين على المعالج أن يعرف من المتعالج ما هي الرغبات

والحاجات المراد إثراؤها وزيادتها والأخرى المراد إضعافها وإنقاصها ، إضافة إلى محاولات فصل المبالغات والإفراط في العجز . ويتعين تحريض ردود الفعل المعاكسة ، والتعرف على نقاط القوة ، ومصادر المريض الشخصية .

ومن المناسب هنا توضيح الخطوات السالفة الذكر بالكلام بمزيد من التفصيل عن البندين الأولين عن الفتاة (٣٣ سنة) الواردين في بروفيل النموذج الذي ذكرنا تفاصيله أي التسويف ، والشرهة نحو الطعام .

(١) - التسويف والمماطلة :

ماذا تعني هذه المرأة بالمماطلة ؟ متى بدأت تنتهج هذا السلوك ؟ ما هي الأمثلة النوعية عن مماطلتها ؟ ما تأثير ذلك على مشاعرها ، وأفكارها ، وتخیلاتها ؟ هل مماطلتها مرتبطة بالأشخاص الآخرين ؟ إذا كان الأمر كذلك كيف يؤثر هذا السلوك على علاقاتها ؟ ما هي النتائج الرئيسية التي ترتبت عن مماطلتها ؟ ما هي الفوائد التي تحصل عليها من ذلك ؟ بأي ظروف لا تسلك مسلك المماطلة ؟ هل تعزى مماطلتها إلى الحوادث الداخلية أو الخارجية ؟

(٢) - الشرهة وعادات الطعام السيئة

لنوضح هذا الموضوع من خلال حوار بين المعالج والمتعالجة .

المعالج : هل تخبريني ماذا تعني بالشرهة ؟

المتعالجة : اندفع كالمجنونة لآكل كل شيء يقع في يدي .

المعالج : هل هذه النوبة الشرهة تحدث لك مرة في الشهر أو مرتين في

الأسبوع ، أو ثلاث مرات يومياً ؟

المتعالجة : ثلاث مرات في الأسبوع .

المعالج : متى حدث لك ذلك ؟

المتعالجة : منذ عدة سنوات خلت .

المعالج : ما هو السبب ؟

المتعالجة: صديقي بيل. أتذكر أنني كنت في حالة جيدة بالنسبة لوزني عندما اتصلت مع بيل، ولكن عندما تركته، التفت إلى الطعام.

المعالج: ماذا تأكلين عندما تنتابك نوبة الشراهة؟

المتعالجة: أتناول علبتين من الشوكولاته، ووقية بوظة، وكامل علبه سكاكر، إضافة إلى المكسرات بالزبدة، وكل ما يقع على يدي من الطعام الدسم، وفي بعض الأحيان أتناول نصف قالب كاتو مع الكريمة.

المعالج: كيف بإمكانك أن تسيطر على ذاتك بعد تناول القليل من الشوكولاته والكاتو، في حين لا تستطيعين ذلك في أوقات أخرى؟

المتعالجة: إن هذا يتوقف على ما أخططه. معظم شرهي يكون في الليل. فإذا صدف وشعرت بانخفاض المزاج يتعين عليّ ألا أخطط حيث أتحسر على نفسي، فأستمر باجتراح الطعام حتى أصل إلى الانفجار ومن ثم أتقيأ. أما إذا كنت في مزاج جيد، وكان هناك ما أتطلع إليه، إما لا أمضي في تناول الطعام، أو أقرر الاستمرار في الطعام حتى نقطة ما.

المعالج: إن هذا إذن يرتبط بمزاجك، ومستوى نشاطك.

المتعالجة: أيضاً يرتبط ذلك بدرجة التوتر الذي أشعر به. والحق يقال عندما أتصل جنسياً أو أكون وسط شرهين مثلي كلاهما يضعفان من توتري النفسي. وأيضاً عندما يعتمد والذي إلى تقريري فألجأ إلى الطعام والإقبال عليه.

المعالج: هل سبق أن انحطت مشاعرك ومزاجك، وتعرضت لنقد والدك ومع ذلك لم تقرري اللجوء إلى الطعام؟

المتعالجة: أجل، عندما كان لديّ برنامج طعام دقيق، وأمارس الرياضة بانتظام، وحظي جيد من العلاقات الجنسية والصدقية مع رجل، هنا أستطيع الامتناع عن الإقبال على الطعام.

المعالج: كيف تتمكنين من ضبط نفسك نحو الطعام؟

المتعالجة: عندما أتبع حمية طعام دقيقة لا يكون لدي فائض من الطعام في

البيت . كذلك عندما أمارس الرياضة .

المعالج : خلال الأسابيع القليلة القادمة هل يمكنك إعداد لائحة خاصة تكتبين فيها التالي : الموقف الذي أثار إقبالك نحو الطعام - التكرار - الشدة - المدة - النتيجة .
تحت بند الموقف الذي أثار إقبالك نحو الطعام لاحظي ما الذي سبب لك تحريض شهرك نحو الطعام . في بند التكرار اذكرى عدد المرات خلال أسبوعين ، اعترتك نوبة الشراهة . في بند الشدة حددي رقمياً الشدة (١) ، أو (٢) درجة خفيفة (٣) درجة متوسطة (٤) أو (٥) درجة شديدة . في بند المدة ، حددي مدة الشراهة . في بند النتيجة ، اذكرى إذا كنت مرتاحة أو تشعرين بالإثم أو أية عاطفة أخرى صاحبت الشراهة .

سأكتب لك هذه النقاط وما عليك سوى رصد ما ذكرته لك .

المتعالية : بكل تأكيد .

المعالج : لقد ذكرت أن لديك عادات طعام سيئة ، ماذا تقصدين بالضبط من ذلك ؟
المتعالية : أتناول خليطاً من الطعام من وقت إلى آخر . أكل مخروط بوظة ، أتبعه بأكل سكاكر أو غيره من الحلويات .

المعالج : ما هي عدد المرات (هنا نعود إلى ما سبق وذكرناه من حيث الموقف ، والشدة ، والتكرار ... الخ) .

إن التعرف على التفاصيل ، وفق ما ذكرناه ، يمكن المعالج من فهم الدور الوظيفي الذي تم لعبه في كل بند من بنود البروفيل الأنموذج ، وخلال متابعة هذا المسار من الاستعلام ، فإن المعالج يحصل أيضاً على الأمور الغامضة من أجل اختيار أفضل التقنيات العلاجية المفيدة . فمثلاً بالنسبة لنوبات الشراهة نحو الطعام يتحتم علينا أن نختار استراتيجيات متعددة التي تعلم المتعالية كيف تضعف مستويات التوتر العامة (التدريب على الاسترخاء ، التنويم الذاتي Self- hypnosis ، التأمل Meditation ، التغذية البيولوجية الراجعة ، التريض المنتظم ، والتخيلات الإيجابية السارة ، تلك هي أفضل الطرق المعروفة لإضعاف التوتر) .

كما يتعين على المريضة ألا تخزن في بيتها الأنواع المختلفة من الأطعمة التي تغريها دوماً بتناولها، أي بتعبير آخر أن تتعلم السيطرة على المنبه أو المثير لشراتها. وعليها أن تتعلم الاستفادة من أساليب السيطرة على المثير أو المنبه. ولعل التكنيك الواضح المناسب لها هو أن تنخرط في نشاطات متعاكسة متضاربة مع نوبات الشره نحو الطعام. وفضلاً عن ذلك إن العلاقات القائمة بين الأب والبنات تستأهل المزيد من الاستقصاء والتحري كيما يقودنا في نهاية المطاف إلى إزالة تحسسها من النقد الوالدية. إن هناك تقنيات علاجية متنوعة في هذا الميدان موجودة في الفصل الثامن من هذا الكتاب، إلا أن هناك يمكن أن نذكر أن انتقاء الاستراتيجية الخاصة يفترض أن يتم بالتعاون مع الزبون المتعالج. ويمكن أن نصف في هذا الصدد الطرق المضعفة للتوتر حيث نطلب من المتعالج أن ينتقي منها التي تبدو أكثر جذاباً له.

وعادة (الكلام للمؤلف) أصف الطرق المختلفة المضعفة للتوتر وأطلب من المتعالج أن يختار منها ما يراه أكثر جذاباً وملاءمة بالنسبة إليه.

وعموماً كلما كانت معرفة المعالج بالمتعالج عميقة ودقيقة كان التنبؤ أكثر سهولة بالتقنيات، والطرق، والاستراتيجيات الملائمة لها والأكثر نجاعة وفائدة. فهناك كتب لا تحصى (هرنس، بلاك، ١٩٧٦، ترءال ١٩٧٦) تناولت التقييم السلوكي إضافة إلى العديد من المجالات (مجلة تقييم السلوك، ومجلة التقييم والتحليل السلوكي) التي تنشر المواضيع والأبحاث في هذا الميدان. وعلى هذا فإن أسلوب BASIC ID يتميز بعناصره المتفاعلة التي تقدم المعلومات الكمية والنوعية حول الوظيفة الإنسانية، إضافة إلى علاج نوعي وشامل لاضطراب الوظيفة النفسية.

ب - الحصول على الترتيب الثاني لأسلوب BASIC ID

هناك بعض السمات المتميزة للطريقة المتعددة الأساليب يجدر هنا ذكرها:

(١)- التعرف على شخصية الإنسان من خلال تطبيق أسلوب BASIC ID.

(٢)- الإدراك أن كل أنموذج من هذه المعادلة (الأسلوب) يؤثر ويتأثر بدوره بكل أنموذج من النماذج الستة المؤلفة للمعادلة المذكورة الباقية .

(٣)- الاعتقاد أن التقويم الدقيق (التشخيص الكامل) يحتاج إلى تامين نموذجي لكل نموذج من نماذج BASIC ID . وتفاعلات بين النماذج السبعة للمعادلة . BASIC ID

(٤)- والنظرة التي ترى أن العلاج الشمولي يستدعي التصحيح النوعي لكل مشكلة من خلال المعادلة BASIC ID .

ولا مرء أن كثيراً ممن يلتمسون العلاج يهدفون الحصول على بعض الاستشارة ، والدعم العاطفي ، والمداخلة العلاجية الخاصة بالأزمة النفسية ، أو العون الفوري إزاء مشكلات موقفية SITUATIONAL . ففي مثل هذه الحالات يبدو التقويم المتعدد الأنموذج Multimodal التام غير ضروري وغير قابل للتطبيق . ومع ذلك فإن التقويم السطحي لمعادلة المريض BASIC ID غالباً ما تكون مفيدة ، وحتى في مواقف ردود الفعل الموقفية العنيفة الحادة .

إن ما ذكرناه يقع ضمن تصنيف ما يسمى بـ «تحليل المحتوى» للمعادلة BASIC ID . إذ بعد إدارة مقابلتين أو ثلاث ، وإملاء استبيان القصة الحياتية (انظر الملحق رقم ١) ، حينئذ يكون المعالج في وضعية تمكنه لإنشاء بروفيال الأنموذج Modality profile إما بمساعدة المريض أو بدونه .

يتعين علينا الآن أن نتذكر أن المريض شوهد من قبل المعالجين خارج أسوار المراكز الطبية (إن التقرب العلاجي المتعدد الأوجه الخاص بالأولاد ، والمراهقين ، ومرضى المشافي عالجناء في الفصل العاشر من هذا الكتاب) .

لندع الآن جانباً الأفراد الذين يبدون شكوكاً أو عدم مطاوعة وتعاون . إذ حتى أولئك الذين أفضل نزوعاً نحو التعاون ومتحمسون نحو المعالجة نجد عندهم ثغرات في المعرفة الذاتية ويجهلون الأوجه المتعددة لمعادلتهم BASIC ID .

ولا مرء أن جزءاً من هدف المعالجة هو الكشف عن بعض العوامل غير المنظورة التي تدخل ضمن نطاق تصنيف أو أكثر للمعادلة BASIC ID (شكل واحد من الاستبصار). وغالباً ما نجد أنه ما إن يصاحب العلاج إحراز التقدم حتى يطرح المتعالجون أنماطاً من ملاحظات تبدو على الصورة التالية: «لم أكن أدرك حق الإدراك مقدار تأثير أخفي على قراراتي الخاصة بالعمل، والتي ما تزال تسير حياتي. لنضيف ذلك إلى لائحة العوامل البشخصية». «بدأت أرى كيف أنني بسرعة أتخيل ذاتي بالشخص الخاسر، وهذا ما يجب أن يُضاف إلى البنود الأخرى تحت تصنيف التخيل). (كانت تنتابني الكوابيس الليلية المرعبة وأستيقظ وأنا مغمور بالعرق البارد. فهل هذا يندرج في إطار التخيل أو الإحساس؟). وبالطبع إن التقييم والمعالجة هما متبادلان ومستمران.

إن معادلة BASIC ID أو بروفيل الأنموذج يطرحان النظرة بالعين المجردة «للشخصية». فمن خلال قراءة البنود المختلفة للبروفيل الأنموذج وبالتالي محاولة تقييم تأثيراته التفاعلية فإننا نحصل على قدر مناسب من المشكلات البشخصية ومتحولاتها الباقية. ومن خلال الأخذ بالترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID فإن أي بند من بروفيل الأنموذج الأولي يمكن أن يتم تضخيمه أو يُعاین بتفاصيل أكبر. ولتوضيح هذا الأمر نجد مثلاً، أن (الصداع التوترى) Tension headache يندرج في بروفيل أنموذج المريض في بند الأنموذج الحسى Sensory Modality. إن التدريب على الاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback تم تطبيقها بنجاح متواضع.

(إن منهجنا يقوم على أساس علاج المشكلات أولاً بالأساليب الأكثر منطقية ووضوحاً، وإذا ما فشلت هذه الأساليب في علاج الموقف، يتم إعادة تقييم الموقف العلاجي، أي الأخذ بالترتيب الثاني للمعادلة السالفة الذكر). فالترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID يحوي على مزيد من الاستعلام المفصل لأي بند في البروفيل الأنموذج الأولي فيما يخص السلوك، والعاطفة، والإحساس، والتخيل،

والمعرفية (التفكير) والعوامل البيشخصية Interpersonal، والأدوية ، والنواحي البيولوجية .

فعندما تعاني من الصداع التوترى ، ماذا تفعل عادة ؟ كيف يؤثر على سلوكياتك ؟ ما نوع الانفعالات التي تعاني منها عندما ينتابك هذا النوع من الصداع ؟ هل باستطاعتك أن تصف لي نوع الألم ومكانه ؟ عدا هذا الألم في رأسك ، ما هو الإحساس الآخر الذي تشعر به عند الألم ؟ هل هناك صور أو تخیلات أو أفكار تتراءى في ذهنك عندما ينتابك الصداع الشديد ؟ ما نوع الأفكار التي تهيم على ذهنك عندما يجتاحك الصداع التوترى الشديد ؟ كيف يعطل الصداع تعاملك مع بقية الناس ؟ هل سبق وتناولت أدوية غير التي ذكرتها ؟ هل هناك ارتكاسات عضوية تحدث لك مثل الإقياء والأرق .

الترتيب الثاني لمعادلة BASIC ID للصداع التوترى

B : الانسحاب

التوقف عن العمل

الاستلقاء في غرفة مظلمة

A : قلق

مكروب

S : الرأس ينبض ، العينان مؤلمتان

الألم يشع حتى الرقبة

يوجد رجفة داخلية

I : يحاول أن يتخیل مناظر سارة وإرخاء العضلات .

تتراءى صور غامضة تعود إلى الماضي بالإصابة بالحمى القرمزية خلال الطفولة .

C : ماذا لو كان سبب الألم ورماً دماغياً ؟

«يجب أن أسترخي» .

I : يرفض الانخراط في العلاقات الاجتماعية .

يميل إلى أن يكون مزاجه متهيجاً أو عصبياً.

D: نادراً ما يلجأ إلى تناول دواء EXCEDRIN ولكن يأخذ الكودئين والمرخيات العضلية عندما يكون الألم شديداً.

إن الترتيب الثاني لمعادلة BASIC ID غالباً ما يلقي الضوء على تلك العوامل التي تجنح إلى دعم المشكلة النوعية التي هي تحت المعاينة والتمحيص. إن درجة إشباع الرغبة الذاتي، والأفكار الكارثية المسببة لمزيد من التوتر والقلق، والضوابط البشخصية هي من بعض البنود التي تطرح تعقيداً مختلفاً، ومعنى للصداع التوتري عند المريض.

هل هناك ارتباط بين الصداع التوتري والطفولة بالنسبة للحمى القرمزية؟ هل هناك أي حديث أثير حول التهاب الدماغ؟ هل المريض يتلقى إشباعاً غير مناسب لرغبته أحياناً؟ هل الصداع التوتري دوماً يستخدم بدلاً من الاستجابات التأكيدية؟ إن الإجابات على تلك التساؤلات السالفة الذكر تلقي ظلاً مختلفاً تماماً على الأهمية الوظيفية للصداع التوتري وتبين لنا لماذا الاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة في تحقيق التحسن المنشود. وأخيراً فإن الترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID يمكن أن يشير إلى أنماط البدائل للمعالجة التي تبدو أكثر احتمالاً في الوصول إلى النجاح.

من هنا يبدو لنا واضحاً أن التقييم المتعدد الأساليب أو الأوجه له سمات وحيدة ينفرد بها عن غيره من الأساليب التعليمية وذلك بمعادلته BASIC ID وبالترتيب الثاني لهذه المعادلة في العملية التحليلية.

وأن مثل هذا التقييم لا يمنع من الاستعانة بالاختبارات المعيرة وغيرها من أدوات القياس النفسي عندما يتطلب الأمر. فمثلاً إن استخدام الاختبارات الإسقاطية Projective قد يزيد من فهم المريض للنموذج التخيلي، كما وأن الأخذ باختبارات الذكاء المعيارية الشائعة الاستعمال (وبخاصة عند الأطفال) قد يزيد من تقدير القصورات المعرفية النوعية. ثم إن المقاييس المختلفة (للعضوية) أو للتعرف

على الأذيات الدماغية، وأيضاً اختبار توافق العين واليد eye - hand coordination واختبارات القابليات aptitudes، والقدرات الخاصة، هذه المقاييس جميعها يمكن استخدامها بنتائج مفيدة عند الأفراد المختارين. كذلك فإن لوائح الأسئلة التي تتضمن التعرف على الأهداف المختلفة Checklists والوظائف؛ مثل سلوك الأطفال في الصف (O'leary 1971)، سلوكيات الزوجة - والزوج في البيت (Carter 1973)، والتفاعل الكائن بين الولد والراشد (Wahler 1975)، والمهارات نحو الجنس الآخر (Barlow, yaung 1977). كلها تبدو مفيدة التطبيق والاستخدام.

وعندما تدخل الشكوك والريبة في مصداقية وصحة ودقة تقيمتنا، لا بد لنا من الاستعانة بالملاحظة (في البيئات الطبيعية، وأيضاً في البيئات المركبة مثل التصوير بالفيديو لزوجين يحاولان حل صراع وخصام). في علاج الصعوبات الجنسية فإن الملاحظة المختلطة والتقييم النفسي - الفيزيولوجي (Kopel 1978) لها قيمة لا تنكر.

وبالطبع لا توجد فسحة في هذا الكتاب لنفصل تلك الاختبارات التي ذكرناها.

ويبدو أنه حان الوقت لتكلم عن الجوانب التفاعلية في المعادلة BASIC ID، ونبرهن كيف أن بإمكاننا الاستعاضة عن التخمينات والافتراضات بعمليات صنع القرار أي مثل:

١- التعرف على المشكلات الرئيسية والثانوية.

٢- إيضاح الأهداف.

٣- انتقاء التقنيات المناسبة وتطبيقها.