

الفصل الأول

الفكرة الرئيسية

جوى

جوى تاجر سيارات، يبلغ من العمر ٤٥ عاماً، يعيش هو وزوجته ماري في منزل بضاحية خارج بوستن. لديهما من الأطفال اثنان، أحدهما يبلغ من العمر ٩ أعوام، والآخر ١٢ عاماً. كانت الظروف المعيشية والمادية للأسرة جيدة إلى أن انقطع جوى عن العمل منذ ثلاثة أشهر مضت. كانت ماري تعمل كموظف استقبال عند طبيب أسنان وذلك لساعات محدودة في اليوم، ثم عملت لساعات أطول عندما توقف زوجها عن العمل. كان دخلها يكفي الأسرة لتحيا حياة كريمة. منذ أن توقف جوى عن العمل، كان يقضي معظم وقته تماماً في البيت. دأب جوى على مساعدة الأبناء، فكان يوقظ الأبناء، ويساعدهم في الاستعداد للمدرسة، ثم يعود مرة أخرى إلى السرير، ولا يستيقظ قبل الواحدة أو الثانية بعد الظهر.

كان يقضي وقته أمام التلفاز حتى يعود الأبناء والزوجة إلى البيت، وأحياناً كان لا يقوى على البقاء كل هذه الفترة أمام التلفاز. بدأ جوى يشعر بأنه ليس له قيمة، كما فقد الأمل في أن يجد وظيفة مرة أخرى. أما عن العلاقة بين الزوجين، فقد كانت حميمة، فماري تهتم كثيراً بزوجها جوى، على الرغم من أن قلة الدافعية لديهم كانت تتسبب أحياناً في الصراعات بينهما، إلا أن هذا لم يمنعها من محاولة أن تجعله يشعر بأنه مرغوب فيه. ومع ذلك، شعرت ماري مع الوقت بثقل المسؤولية الملقاة على عاتقها.

شعر جوى بالاكتئاب، فقد كان يجد صعوبة في مزاجه، ودافعيته، وقوته. ولكن هذه المرة، ازدادت حدة الاكتئاب لديه؛ ويعود السبب في ذلك إلى تقاعده عن العمل. أي إنسان من الممكن أن يشعر بالحزن وخيبة الأمل عندما يتقاعد عن العمل، وهذا أمر طبيعي، ولكن في حالة جوى، فإن مستوى وفترة الحزن قد تخطت المدى الطبيعي لها. لم تكن هذه هي المرة الوحيدة التي انتاب فيها جوى هذا الشعور.

فبعد ميلاد ابنه الثاني، دخل جوى في فترة من الاكتئاب الحاد استمرت لمدة عام. لم يكن

هناك سبب واضح، بالإضافة إلى ميلاد طفل ثان له. لقد غلب عليه الشعور بالاكْتئاب لدرجة أنه فكّر في الانتحار بخنق نفسه. لحسن الحظ، لم يستجيب جوي لهذه الأفكار، ولم يقدم عليها؛ إلا أنه جرّب أدوية عديدة للاكتئاب؛ ومع ذلك لم يجد منها أي جدوى كما كانت آثارها الجانبية ضارة وغير محببة إلى قلبه.

ذات مرة، قرأت ماري عن العلاج النفسي في إحدى المجالات. هذا العلاج النفسي يسمى العلاج المعرفي السلوكي. وقع هذا النوع من العلاج موقع الإعجاب من نفسها، ورغبت في أن يجرب زوجها هذا النوع من العلاج. دخل الزوجان في مناقشات ساخنة، وحادة، ومازالت ماري بزوجها حتى أقنعت أنه يجرب هذا النوع من العلاج؛ وقامت بخطوات إيجابية حيث استطاعت أن ترتب لموعد مع أخصائي نفسي في بوسطن لديه خبره في مجال العلاج المعرفي السلوكي.

خضع جوي لستة عشر جلسة من العلاج المعرفي السلوكي، مدة الجلسة الواحدة ساعة، وبعد هذه الفترة العلاجية، ذهب عن جوي الاكْتئاب. ومع نهاية العلاج، اختفى الاكْتئاب تماماً. بدأ جوي يشعر بالأمل في الحياة، وأصبح لديه اتجاه إيجابياً عن نفسه؛ كما تحسنت علاقته مع زوجته وأولاده، وبدأ في وظيفة جديدة كتاجر سيارات بعد عدة أسابيع من بداية خضوعه للعلاج النفسي.

إن شفاء جوي من الاكْتئاب بعد فترة العلاج أمر طبيعي؛ حيث أن هذا العلاج الذي خضع له - العلاج المعرفي السلوكي - فعّال بدرجة كبيرة، كما أنه نوع من العلاج النفسي الذي لا يحتاج لفترة طويلة، ويعالج مدى واسع من المشكلات النفسية الخطيرة مثل: الاكْتئاب، القلق، مشكلات الإدمان، الألم، ومشكلات النوم، وغيرها كثير، نعرض في هذه الفصول لإستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التي تستهدف هذه الاضطرابات الشائعة. أما الفصل الحالي (الفصل الأول)، فسوف نستعرض فيه القواعد الإرشادية التي تقوم عليها هذه الإستراتيجيات الخاصة بهذه الاضطرابات.

مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي

أسس كل من أرون تي بيك، والبرت إليس العلاج النفسي الذي أصبح يُعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وإن كان كلاهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر. فقد تدرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد. فقد وجد بيك - من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب - أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة، والتي تظهر لديهم بشكل عفوي. أطلق بيك على هذه الأفكار: الأفكار الآلية AUTOMATIC THOUGHTS.

هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة، يُطلق عليها المخططات SCHEMAS التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله. هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفاً معيناً، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة. هذه الأفكار الآلية المعينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف، أو التحدث، ويؤدي إلى استجابة وجدانية. في ضوء هذا النموذج العام، طور بيك طريقة علاجه لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار، والمعتقدات لتشجيعهم (أي المرضى) على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية، والشعور الأفضل نفسياً.

أيضاً تدرب إليس على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك، ولكنه تأثر كثيراً بالفروديين المحدثين أمثال كارين هورني. يؤكد المدخل العلاجي لإليس على العمليات المعرفية، كما أن هذا المدخل شكل فعال، وموجه من أشكال العلاج النفسي. يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقى عليها، وتسببها. هذا المدخل يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية، وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات.

في البداية، أطلق إليس على هذا العلاج اسم العلاج النفسي العقلاني Rational Therapy ثم أطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيراً، أطلق عليه العلاج العقلاني

الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة، والسلوك، والوجدان (الانفعال). يفضل بيك مصطلح اللاتكيفي Maladaptive أو المختل وظيفياً Dysfunctional بدلاً من اللاعقلاني Irrational لوصف طبيعة المعرفة المختلة، حيث أن الأفكار لا ينبغي بالضرورة أن تكون لا عقلانية لتكون لا تكييفية. على سبيل المثال، قد يكون لدى بعض مرضى الاكتئاب تقييماً واقعياً للخطر في الحياة؛ ومع ذلك، فإن هذه "الواقعية الاكتئابية" لا تكييفية لأنها تتداخل مع الحياة الطبيعية.

بكل حزن، ودعنا الدكتور إليس في ٢٤/٧/٢٠٠٧. أما دكتور بيك، فهو الآن في التسعين من عمره، ومازال ممارساً، وعالماً نشطاً، ولديه ولع بالعلم والمعرفة لقد كان كل من بيك وإليس - اللذان طوّرا مدخليهما في العلاج النفسي في الستينيات من القرن الماضي تأثيراً كبيراً على العلاج النفسي وعلم النفس الكلينيكي المعاصر. في مواجهة هيمنة تفكير التحليل النفسي، بدأ هذان الرائدان في التشكك في بعض الافتراضات الرئيسية للعلاج النفسي.

بدأ بيك وإليس - مدفوعان بحدسيهما والمتمثل في أن المشكلات الإنسانية - في استخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، كما بدأ في الدراسة النقدية للأسئلة غير المريحة في العلاج النفسي. أقام إليس - كعمارس للعلاج النفسي - عيادته في وسط مدينة مانهاتان، ومن المعروف أن "نيويورك" كان يسيطر عليها التحليل النفسي - مثلها في ذلك مثل أي مكان في ذلك الوقت. على نحو مشابه، استمر بيك - معالج نفسي أكاديمي في جامعة بينسلفانيا - في تتبع بحوثه في مواجهة المقاومة الشديدة لمجتمع العلاج النفسي الذي يسيطر عليه الأفكار الفرويدية.

عندما طلب من الحكومة تقديم منحة بحثية لاختبار أفكاره، وتم رفض هذا الطلب، ولقد جمع الأصدقاء والزملاء لإجراء هذه الدراسات بدون أي دعم مالي من الحكومة أو من أي جهة مانحة أخرى. إضافة إلى ذلك، رفضت المجلات الأكاديمية نشر بحوثه، ومن ثم استطاع إقناع المحررين متفحي الذهن لنشر كتاباته في شكل كتب.

عندما أدرك المجتمع التأثير الكبير للدكتور بيك، منحه جائزة لاسكر Lasker Award عام ٢٠٠٦ وهي أعلى جائزة طبية تُمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل. يقول رئيس هيئة لاسكر "يُعد العلاج المعرفي أحد أهم التطورات الهامة - إذ لكم يكن أهمها على الإطلاق - في علاج الأمراض العقلية خلال الخمسين عاماً الماضية". (Altman , 2006).

على الرغم من التأثير الواضح لهذا المدخل، وفعالية العلاج، إلا أن معظم الأفراد ذوي المشكلات النفسية لم يحصلوا بسهولة على خدمات العلاج المعرفي السلوكي. لا توجد صناعة كبيرة تعزز من العلاج المعرفي السلوكي - على عكس الصناعة المهتمة بشكل كبير بالدواء الطبي. ومع ذلك، في محاولة لزيادة توفر العلاج المعرفي السلوكي. قرر بعض رجال السياسة في بعض الدول عدم ترك مصير رعاية الصحة العقلية تحكمه الأهواء المالية لشركات الدواء، وأخذوا الأمر على عواتقهم.

ففي أكتوبر عام ٢٠٠٧، أعلن وكيل وزارة الصحة في المملكة المتحدة عن خطة الإنفاق ٣٠٠ مليون جنيه إسترليني للبدء في برنامج مدته ست سنوات بهدف تدريب جيش من المعالجين النفسيين على العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين. هذا التغيير في توفير الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات اقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفةً بوجه عام من العلاج الطبي، أو التحليل النفسي. على نحو مشابه، في عام ١٩٩٦، أوصلت الحكومة الأسترالية بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر توفير هذه الخدمات للأفراد.

فكره بسيطة وقوية

على الرغم من أن بيك واليس يُعتبران الرائدان في هذا المجال، إلا أن الفكرة الرئيسية التي أدت إلى ظهور هذا المدخل الجديد للعلاج النفسي ليست جديدة، إلا أنها تحولت بكل بساطة إلى الممارسة العملية. فقد يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرواقي* إبيكتيتس Epictetus الذي عاش من ٥٥ - ١٣٤ بعد الميلاد. فمن أشهر مقولاته: "الناس لا تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء". بعد ذلك، كتب ماركوس

* المذهب الفلسفي الذي أنشأه زيتون حوالي عام ٣٠٠ ق.م. والذي قال بأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح وأن يخضع بغير تدمير لحكم الضرورة القاهرة.

أوريليوس (١٢١ - ١٨٠ بعد الميلاد): "لو أنك تأملت من أي شئ خارجي، فليس هذا الشئ هو الذي سبب لك الإزعاج، ولكن حكمك عليه؛ وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن". كما كتب وليام شكسبير في هامليت: "ليس هناك شئ جيد، وآخر سيئ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك". تجدر الإشارة أيضاً إلى أن فلاسفة، وأدباء، وشعراء آخرين عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار تاريخهم.

الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي بسيطة، وتتمثل في أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيراً بمعارفنا (أفكارنا)، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. بمعنى، نحن نشعر بالقلق، أو الغضب، أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك. بمعنى آخر، ليس الموقف في حد ذاته، ولكن مدركاتنا، وتوقعاتنا، وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا. يمكن تفسير ذلك، أو شرحه بشكل أفضل من خلال المثال التالي الذي يقدمه بيك (Beck, 1976):

ربة المنزل (Beck, 1976, PP234-235)

سمعت ربة البيت طرقة على الباب، طرأت أفكار عديدة الى ذهنها، وقالت "ربما تكون سالى عادت من المدرسة، ربما يكون لص، ربما هبت الريح وفتحت الباب". يعتمد الافتراض المرغوب فيه على أخذها في الاعتبار كل الظروف ذات الصلة به. ومع ذلك، فإن العملية المنطقية لاختبار الغرض ربما يعطلها الميل النفسي لربة البيت. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر، فقد نخلص الى أن الطارق لص. فقد تصل الى استنتاج اعتباطي. على الرغم من ان هذا الاستنتاج قد يكون صحيحاً، فإنه يعتمد بشكل رئيسي على العمليات المعرفية الداخلية وليس على المعلومات الحقيقية. فإذا جرت واختبت، فإنها ربما ترجئ او تخسر الفرصة لعدم اثبات (أو التأكيد على) هذا الافتراض.

لذا، فإن نفس الحدث الأول (سماع الطرقة على الباب) يظهر وجدانيات مختلفة بناءً على كيفية تفسيرها للسياحة الموقف. فالطرقة على الباب في حد ذاته لا يظهر أي وجدانيات بطريقة أو بأخرى. ولكن عندما تعتقد ربة البيت أن طرقة الباب تشير إلى أن هناك لص في البيت، فإنها تشعر بالخوف وتمربه، ربما تصل إلى هذا الاستنتاج إذا كانت مشحونة بعد القراءة عن اللصوص في الجرائد، أو إذا كانت تعتقد بشكل رئيسي (المخططات) أن العالم مكان خطير، وأن اللص على وشك الدخول إلى المنزل. بالطبع، سوف يكون سلوكها مختلفاً

إذا شعرت بالخوف عنه إذا اعتقدت أن الحدث له معنى هام، وهذا ما كان أيبكتيتس يعنيه عندما قال "إذا أردنا استخدام مصطلحات حديثة، فإننا يمكننا القول بأن التقويم المعري للموقف أو الحدث هو الذي يحدد الاستجابة له، بما في ذلك السلوكيات، الأعراض الجسمية، والخبرة الشخصية.

يطلق بيك على هذه الافتراضات عن الأحداث والمواقف الأفكار الآلية لأن الأفكار تخرج بدون تأمل أو مبرر سابق (Beck, 1976). يشير إليس إلى هذه الأفكار على أنها مقولات ذاتية Self-Statements لأنها أفكار يقولها الشخص ذاته (Ellis, 1962). هذه المقولات الذاتية تفسر الأحداث في العالم الخارجي وتستثير الاستجابات الوجدانية والسلوكية لهذه الأحداث.

هذه العلاقة يوضحها نموذج إليس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A) حيث (A) تعني الحدث السابق Antecedent Event (الطرق على الباب)، (B) تعني الاعتقاد Belief (أكيد لص)، و (C) تعني النتيجة Consequence (الخوف).

ربما (B) تعني الفراغ Blank لأن الفكرة يمكن أن تحدث بشكل سريع وآلي حتى أن الفرد يتصرف بشكل تأملي للحدث بدون تأمل ناقد. إذا لم تكن المعرفة في قلب وعي الفرد، فمن الصعب التعرف عليها، وهذا هو السبب الذي جعل بيك يطلق عليه التفكير الآلي.

في هذه الحالة، ينبغي على الفرد أن يلاحظ بعناية نتيجة الأحداث والاستجابة لهذه الأحداث، ثم يستكشف النظام الاعتقادي الذي يقف خلفها، لذا، فإن العلاج المعري السلوكي يتطلب في الغالب من المريض أن يعمل كمدقق أو عالم يحاول إيجاد القطع المفقودة من فزوره أو لغز (أن يملأ الفراغات).

على الرغم من الفروق في المصطلحات التي استخدمها كل من بيك وإليس، إلا أن كلا منهما طور بشكل مستقل مداخل علاجية متشابهة إلى حد بعيد. الفكرة التي تقف خلف الطرائق التي استخدمها وطورها كل منهما تتمثل في أن المعارف المشوهة هي قلب المشكلات النفسية.

تعتبر هذه المعارف مشوهة لأنها مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث، كما أنها لا تعكس الحقيقة، بالإضافة إلى كونها لا تكيفية، وتؤدي إلى التوتر الانفعالي، والمشكلات السلوكية، والاستثارة الجسمية.

الأنماط الخاصة للأعراض الجسمية، والتوتر الانفعالي، والسلوكيات المختلة وظيفياً التي تنتج من هذه العملية يمكن تفسيرها على أنها متلازمات syndromes للاضطرابات العقلية mental disorders.

العوامل الاستهلاكية مقابل العوامل القديمة

إن سبب نمو المشكلة النفسية وتطورها في المكان الأول مختلف عادةً عن سبب الإبقاء عليها. من الأهمية بمكان معرفة تطور مشكلة ما في المكان الأول، ولكن هذه المعلومات غير هامة نسبياً للعلاج في سياق العلاج المعرفي السلوكي. إن معرفة العوامل الاستهلاكية لا يقدم المعلومات الضرورية أو الكافية للعلاج. كمثال طبي لتوضيح هذه النقطة: هناك طرق عديدة لكسر الذراع. ربما يقع الفرد من على السلالم في بيته، ربما تقع له حادثة أثناء التزلج على الجليد، أو ربما تصدمه سيارة. عندما تذهب للطبيب، فإنه قد يسألنا عن الكيفية التي حدثت لنا بها هذه الحادثة من قبيل حب الاستطلاع؛ ولكن المعلومات غير هامة إلى حد ما في اختيار العلاج المناسب – والمتمثل في وضع الذراع في جبيرة.

من الواضح أن المشكلات النفسية أكثر تعقيداً من الذراع المكسور. في حالة جوي على سبيل المثال، فإن هناك أكثر من سبب أدى به إلى الوقوع فريسة للاكتئاب، فقد كان لديه ميل إلى الاكتئاب، حيث إنه عندما تقاعد عن العمل، أصبح غير قادر على التعامل مع الضغوط. ومع ذلك، يمكن القول بأن كثيراً من الناس يتقاعدون عن العمل، إلا أن قليل منهم من يقع فريسة للاكتئاب؛ كما أن بعضهم لا يقعون فريسة للاكتئاب، ولكنهم يمرون بخبرة الوقوع في مشكلات تناول الكحوليات، واضطرابات القلق، أو المشكلات الجنسية. بمعنى آخر، قد يكون لنفس مسبب الضغوط تأثير مختلف على نطاق واسع على الأفراد؛ فكثير من الناس يجابهونه بدون أن يمروا بخبرة أي نواتج طويلة الأمد.

إلا أن المسبب للضغوط – لدى القليل من الناس – يؤدي إلى مشكلات نفسية، وعندما يحدث ذلك، نادراً ما يرتبط نفس المسبب للضغوط بمشكلة نفسية معينة. الاستثناء الوحيد هو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الجرحية post – traumatic stress disorder (ptsd)، الذي يرتبط فيه حدث مرعب خارج الخبرات الإنسانية اليومية – مثل الصدمة

النفسية الناجمة عن الاغتصاب، خبرة الحرب، أو حادث ما - بنمو متلازمة المشكلات النفسية. ومع ذلك، حتى في هذه الحالات المتطرفة، يقع قليل من الناس فريسة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الجرحية. في معظم الحالات، يكون لمسببات الضغوط تأثيرات غير محدد نوعاً ما على الاضطرابات النفسية، إذا كان لها تأثير أصلاً.

إن الذي يحدد ما إذا كان مسبب الضغوط يؤدي إلى مشكلة نفسية معينة هو قابلية الفرد أو كونه عرضة لتأثير تنمية هذه المشكلة. وهذه القابلية بدورها يحددها بشكل أساسي الاستعداد الجيني للفرد لتنمية هذه المشكلة. وهذا ما يُطلق عليه نموذج علم الأمراض النفسية المتعلق بالقابلية للضغوط - stress model of diathesis - Psychopathology. هذا النموذج عبارة عن نظرية تتناول كيف تتطور المشكلات النفسية في المكان الأول. ومع ذلك، فإن تحديد أي من الجينات ذات الكود البروتيني والتي تصل إلى ٢٠,٠٠٠ يجعل بعض الأفراد عرضة للمشاكل النفسية في حالة إلى مزيد من الأبحاث المستقبلية في هذا المجال. حتى وإن عرفنا هوية هذه الجينات واثلافها، فمن الصعب التنبؤ بمن يمرون بخبرة المشكلة النفسية، ومن لا يمرون بها. بالإضافة إلى البنية الجينية للفرد، نحن في حاجة إلى معرفة ما إذا كان الفرد عرضة لضغوطات معينة، ومتى يكون كذلك، وما إذا كان الفرد - أم لا - قادراً على التعامل مع هذه الضغوطات.

لنجعل القضية أكثر تعقيداً، فإن مجال الفوقجيني Epigenetics يشير إلى أن الخبرات البيئية من الممكن أن تؤدي إلى التعبير عن أو تعطيل جينات معينة، وهذه التغيرات تؤدي إلى تغيرات طويلة المدى في السمات داخل الفرد، وأيضاً قد تنتقل إلى الأجيال القادمة، وهذا يظهر أهمية التعلم والخبرة لعلم الأمراض النفسية داخل وبين الأجيال - وهي عملية تقع أو تحدث في العلاج المعرفي السلوكي.

في معظم حالات المشكلات النفسية، فإن العوامل الاستهلاكية، والعوامل المحافظة (القديمة) مختلفة تماماً، لأن السبب الذي أدى إلى ظهور المشكلة في المكان الأول غير مرتبط غالباً - أو مرتبط بشكل ضعيف جداً - بسبب استمرار المشكلة وبقائها. في حالة جوي - على سبيل المثال، فإن استمرار الاكتئاب يعود - بدرجة كبيرة - إلى الأفكار التي تنتقص من الذات، قلة نشاطه، والإفراط في النوم.

لاحظ أن المعالجين النفسيين يعتبرون أفكار الانتقاص من الذات، عدم النشاط، والإفراط في النوم أعراضاً للاكتئاب؛ في حين يعتقد المعالجون النفسيون في مجال العلاج المعرفي السلوكي أن هذه العوامل مسئولة جزئياً عن اكتنابه، وأن جوي لديه القدرة على تغيير هذه العوامل.

العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي

إن العلاج المعرفي السلوكي إستراتيجية فعالة بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية - في الحقيقة، تتشابه فعالية العلاج المعرفي السلوكي على الأقل مع العلاج الطبي الدوائي للمشكلات التي سوف نعرض لها في هذا الكتاب - علاوة على ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا تصاحبه أي آثار جانبية، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن. إن هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تغيير طرائف التفكير والسلوك اللاتكيفية من أجل تحسين السعادة النفسية.

في هذا السياق، من الأهمية بمكان شرح مصطلح اللاتكيفي Maladaptive، وهذا يقع في قلب تعريف الاضطرابات العقلية. لقد وقعت مشادات حامية الوطيس بين علماء النفس والمعالجين النفسيين بشأن تعريف الاضطراب العقلي. قدّم ووكفيلد Wakefield (1992) تعريفاً معاصراً للاضطراب العقلي، حيث يعرفه بأنه خلل وظيفي مؤذ harmful dysfunction ويرجع ضرره إلى أن للمشكلة نتائج سلبية على الشخص، كما أن الخلل الوظيفي ينظر إليه المجتمع نظرة سلبية. فهو يصفه بالخلل الوظيفي لأن كون الفرد لديه المشكلة يعني أنه لن يستطيع أن يؤدي أي وظيفة طبيعية (2011) (McNally ,

أحد أهم الموضوعات المتطرفة أو الحادة في هذا النقاش هو ما إذا كان للاضطرابات العقلية وجود. من الأفراد الأوائل المؤيدين لهذه الفكرة هو توماس ساز (1961). فقد رأى ساز أحد الاضطرابات النفسية اعتبارية، وأنها من صنع الإنسان، وليس لها أي دعم تجريبي. قد رأي أن المشكلات النفسية مثل الاكتئاب، اضطراب الخوف، والانفصام نعوت ربطها المجتمع

بالخبرات الإنسانية العادية. فنفس الخبرات التي تُنعت بأنها مرض في ثقافة ما أو في فترة تاريخية ما قد تكون طبيعية أو حميدة في ثقافة أخرى أو في فترة تاريخية أخرى.

يعترف المؤيدون للعلاج المعرفي السلوكي بأن الثقافة تسهم في التعبير عن الاضطراب إلا أنهم لا يتفقون مع النظرة القائلة بأن المعاناة الإنسانية من صنع المجتمع. بدلاً من ذلك، يرى العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات النفسية على أنها مشكلات حقيقية يمكن حلها من خلال الحلول الإنسانية الحقيقية. وفي الوقت نفسه، ينتقد العلاج المعرفي السلوكي العلاج الطبي الدوائي المفرط للخبرات الإنسانية. في العلاج المعرفي السلوكي، ليس من الأهمية نعت المشكلة النفسية التي تتداخل مع الوظيفة الطبيعية على أنها مرض نفسي.

أسماء الاضطرابات العقلية تأتي وتروح، كما أن المعايير المستخدمة لتعريف اضطراب عقلي معين إعتباطيه وهي من صنع الإنسان. ولكن المعاناة الإنسانية، الاضطراب الوجداني، والمشكلات السلوكية، والاضطرابات المعرفية حقيقية. بغض النظر عن اسم المعاناة الإنسانية - أو ما إذا كان هناك اسم لهذه المعاناة - فإن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الشخص المتأثر على فهم والتخفيف من المعاناة.

وعلى الطرف الآخر، هناك وجهة نظر قائلبة بأن الاضطرابات العقلية كينونات طبية مميزة. ومن وجهة نظر التحليل النفسي، يعتقد الأطباء أن هذه الاضطرابات لها جذورها في الصراعات العميقة. بناءً على التفكير الفرويدي، تعتبر هذه الصراعات نتيجة لكبت الأفكار غير المرغوب فيها، وكذلك الرغبات والدوافع، والأمنيات غير المرغوب فيها. على سبيل المثال، يمكن اعتبار الصراع لدى جوي أن يتأصل في علاقاته مع أمه وأبيه، ويمكن النظر إلى مزاجه المكتئب على أنه نتيجة للغضب نحوهما، وتحول بعد ذلك للغضب نحو ذاته.

ربما يؤكد المحللون النفسيون المحدثون - الذين يرون أنفسهم على أنهم موجهون بالفكر، أو معالجون نفسيون في المجال النفسي الدينامي - على الصراعات البينشخصية الموجودة أو غير المحلولة، مقارنةً بالمعالجين النفسيين الفرويديين الذين يركزون على الخبرات أثناء الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، المعالجون النفسيون في المجال النفسي الدينامي قد يرون اكتئاب جوي على أنه نتاج حزن لم يحل من علاقة خسرهما مع شخص مهم مثل الأب أو الأم. المشكلة في هذه الأفكار تتمثل في أنه بعدما يزيد على ١٠٠ عام من التحليل النفسي، ليس هناك أي دعم تجريبي لها.

بدلاً من التنقيب عن معلومات في الماضي للكشف عن أي صراعات في العلاقات بين الوالد والطفل والتي من شأنها أن تكون سبباً في المشكلة، فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز بشكل رئيسي على ما هو كائن الآن، إذ لم يكن الماضي هو السبب الرئيسي في الحاضر.

على سبيل المثال، التقاعد الحالي لجوي عن العمل، محاولاته السابقة للتعامل مع الاكتئاب، وأي أحداث هامة وقعت في الماضي والتي ربما أسهمت في الحاضر. ومع ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي - على عكس العلاج النفسي الدينامي - يقوم على الفكرة المدركة مسبقاً والمتمثلة في أن اكتئاب جوي يرتبط بصراعات لم تحل مع أبيه، أو أمه، أو أي شخص آخر له صلة به، أو أن اكتئاب جوي تعبير عن طاقة مراوغة تحولت ضده. بدلاً من ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي يأخذ مدخلاً علمياً استكشافياً في محاولة فهم المعاناة الإنسانية. ومن خلال ذلك، يُنظر إلى المريض على أنه خبير، لديه القدرة على تغيير المشكلة، وليس ضحية لا حول له ولا قوة.

من الناحية البيولوجية، يرى المعالجون النفسيون أن الاضطرابات النفسية ذات كينونة بيولوجية. يعتقد المؤيدون لهذا المنظور أن الاضطرابات العقلية مرتبطة - ارتباطاً سببياً - بعوامل بيولوجية خاصة مثل الخلل الوظيفي في مناطق معينة بالمخ، وعدم توازن الناقلات العصبية.

الناقلات العصبية عبارة عن جزيئات تنقل الإشارات من خلية عصبية إلى خلية عصبية أخرى. على سبيل المثال، السيروتونين Serotonin عبارة عن ناقل عصبي Neurotransmitter مختص بمشاعر القلق والاكتئاب. يعتقد كثير من المعالجين النفسيين أصحاب الواجهة البيولوجية أن القصور في السيروتونين هو السبب في العديد من الاضطرابات الانفعالية. من أكثر المناطق بالمخ التي لاقَت اهتماماً بحثياً منطقة اللوزة Amygdale، وهي عبارة عن بناء صغير يأخذ شكل اللوزة يقع داخل المخ. يحاول بعض الباحثين - من خلال التطورات في التكنولوجيا الجينية - تحديد موضع جينات معينة لها دور بارز في الإضرابات النفسية. يعترف العلاج المعرفي السلوكي بأهمية البيولوجيا في المشكلات النفسية وفي المعاناة الإنسانية. ومع ذلك، فإن إيجاد المادة البيولوجية للشعور لا يفسر الشعور.

نحن ببساطة نحول السؤال عن أسباب انفعال معين من المستوى النفسي إلى المستوى البيولوجي. ومع ذلك، يظل السبب الحقيقي للتوتر الوجداني غير معروف. هذه الحقيقة يصعب في الغالب قبولها. لتوضيح هذه القضية، دعنا نفكر في مثال آخر، ربما يكون أكثر وضوحاً. يمكن أن نعاني من الصداع لأسباب مختلفة، ومن أمثلة ذلك، الإفراط في الطعام، الحرمان من النوم، انسحاب الكافيين - قليل من كثير.

الأسبرين عقار مسكن يمكن أن يساعد في كل هذه الحالات. من الممكن القول بان الأسبرين فعال لأن جسمنا في حاجة إليه، وأن ألم الصداع يحدث نتيجة بعض أنواع متلازمة قصور الأسبرين، وإنه إذ لم يحصل جسمنا على الأسبرين بشكل كافي، فإننا سوف نعاني من الصداع (هذا ليس تلاعب بالكلام). على نحو بديلي، من الممكن القول بان الأسبرين يعوق إنتاج المادة الهرمونية، مما يؤدي إلى تأثير مسكن عام (والذي يظهر على أنه ميكانيزم للفعال).

قد تشتمل المداخلة البديلة لعلاج نفس الصداع على مشروب مختلط يسمى Bloody Mary، أو أخذ سنة من النوم (في حالة الحرمان من النوم)، أو الحصول على كوباً من القهوة الإيطالية (في حالة سحب الكافيين). على نحو مشابه، يشعر بعض الناس بأنهم أقل اكتئاباً عند تناول العقاقير التي تطيل من فعل السيروتونين الطبيعي، ومن أمثلة هذه العقاقير عقار يسمى "بروزاك Prozac".

هذا العقار جزء من طبقة عقاقيرية يطلق عليها "الكابحة لامتصاص السيروتونين الانتقائي". كما هو الحال بالنسبة لأسبرين الصداع، لا يمكننا أن نخلص إلى أن الاكتئاب يسببه قصور في السيروتونين. ولكن من الإنصاف القول بأن مستويات الاكتئاب السيروتونين بينها ارتباط، وأن أخذ العقار الكابح لامتصاص السيروتونين الانتقائي من الممكن أن يزيد من معدل الاكتئاب ومع ذلك، من الممكن استخدام طرائق أخرى لعلاج الاكتئاب لأن أخذ العقار الكابحة لامتصاص السيروتونين الانتقائي ليست هي الطريقة الوحيدة لرفع درجة الاكتئاب، كما أن عقار بروزاك "Prozac" ليس مفيداً لكل الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب.

كما في حالة جوي في مطلع هذا الفصل، فإن بعض الناس لا يحبون الآثار الجانبية للعلاج الطبي الدوائي، أو أنهم يرغبون في التوقف عن أخذ الأدوية الطبية لأسباب أخرى. الأدبيات التي تدمج بين العلاج الدوائي التقليدي والعلاج المعرفي السلوكي مخيبة للآمال، حيث أن العلاج الطبي الدوائي لا يضيف - إلا القليل ربما - إلى العلاج المعرفي السلوكي. تعلن بعض الدراسات أن إضافة أقراص السكر إلى العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي الدوائي المضاد للقلق (Barlowetal, 2000). السبب الرئيسي في هذه النتائج الغريبة ليس واضحاً تماماً. من الممكن أن التعلم الذي يعتمد على الحالة يلعب دوراً لأن التعلم الذي يحدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي عندما يكون الفرد تحت تأثير العامل النفسي الجيني له حالة مختلفة عندما يُطلب من المريض استرجاع هذه المعلومات مقارنة بالتعلم الذي يحدث عندما لا يكون المريض تحت تأثير العلاج الطبي الدوائي. هناك سبب آخر ممكن وهو تأثير العزو attribution effect، حيث يعزو المريض المكاسب إلى العلاج الطبي الدوائي النشط، وأن التوقف عن تناول هذا الدواء الطبي ربما يزيد من توقعاته، ومن مخاطر الإبتكاسه.

على النقيض، هناك أدوية تُعطى لمجرد إرضاء المريض، وتؤدي بالمريض إلى أن يعزى المكاسب للعلاج المعرفي السلوكي بمعزز معرفي، والذي يبدو أنه يبسر التعلم الذي يحدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي. منذ التجربة الإيجابية التي تم إجراؤها لدى مرض الضوبيا (Ressler, Etal, 2004)، هناك أدلة تجريبية عديدة، تذكر قصصاً واعدة جديدة بالاعتبار. ومع ذلك، فإن هدف هذا الكتاب هو تقديم مداخل معاصرة للعلاج المعرفي السلوكي للعديد من الاضطرابات. سوف نذكر الاستراتيجيات الائتلافية بشكل سطحي.

التركيز على الانفعالات

خلال العقدين الماضيين، تحول مجال علم النفس كليةً إلى البحوث في مجال الانفعالات والوجدان. ومن أمثلة فروع المعرفة في هذا المجال علم الأعصاب الوجداني Affective Neuroscience، وهو فرع جديد نسبياً من فروع علم النفس يدرس الارتباطات البيولوجية

للحالات الوجدانية والانفعالات. من العلامات الأخرى على شعبية هذا المجال هي إنشاء مجلة تسمى الانفعال Emotion، ونشر جوسيف ليدوكس لكتابة المخ الوجداني Emotion Brain (1996).

هذا الكتاب ألفه واحد من علماء الأعصاب المشهورين، وأصبح كتاباً مألوفاً بين العامة. لقد أصبحت النظريات والدراسات في علم الأعصاب الانفعالي متاحة للعديد من المنظرين في مجال العلاج المعرفي السلوكي لأنها تقدم إطار عمل بيولوجي لتفسير علة فعالية استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في تنظيم الانفعالات - وكيف يمكن تحسينها. تمثل الانفعالات دائماً العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي. على عكس المفهوم الخاطئ الشائع، فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس مقصوداً على التغييرات في التفكير والسلوكيات. بدلاً من ذلك، فإن الفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وندرك بها أنفسنا، وندرك بها الآخرين، وندرك بها المستقبل. لذا، فإن تغيير تقييم شئ ما، أو حدث ما، أو موقف ما يمكن أن يغيّر من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له.

منذ المرضى الأوائل الذين عالجهم بيك و إيس، تطوّر العلاج المعرفي السلوكي إلى مشروع علمي له تأثير غير مسبوق على مجال العلاج النفسي. مقارنةً بمدخل العلاج النفسي الأخرى، فقد اعتنق العلاج المعرفي السلوكي المدخل العلمي وانفتح على الفحص والتدقيق التجريبي.

كما أخذت الافتراضات الأساسية عن النموذج العلاجي إلى المعمل وتم اختبارها تجريبياً. علاوة على ذلك، في الوقت الذي جمعت فيه البحوث المعملية معرفة جديدة عن اضطرابات بعينها، قام المعالجون النفسيون في مجال العلاج المعرفي السلوكي بتطوير أساليب جيدة لعلاج مشكلات نفسيه معينة. لقد تم اختبار العلاج المعرفي السلوكي - منذ ظهوره - بشكل دقيق في المحاولات العيادية، والتي كانت مجال البحوث في العلاج الدوائي سابقاً.

في البداية، كانت هناك مداخل معينة للعلاج المعرفي السلوكي لمشكلات محددة بشكل واضح (الاكتئاب، اضطراب القلق الاجتماعي... الخ)، وتم مقارنتها بالمجموعات الضابطة (المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً، وانتظروا ببساطة نفس الفترة الزمنية التي استمر فيها

العلاج (وتم مقارنتها أيضاً بحالات الإرضاء النفسي) (العلاج النفسي العام الذي لم يشتمل على أساليب العلاج المعرفي السلوكي أو أقراص السكر الذي يشبه العلاج الدوائي الحقيقي)

بعد ذلك، تم مقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج الدوائي الأكثر فعالية في دراسات عشوائية تم فيها ضبط الدواء الذي يؤخذ لإرضاء المريض. هذه الدراسات هي الطريقة الأكثر دقة وصرامة لدراسة فعالية العلاج لأن المشاركين تم تقسيمهم عشوائياً إلى العلاج النشط (العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج الدوائي)، أو حالة اخذ العلاج لإرضاء المريض. فقد تبين أن تأثير أخذ العلاج لإرضاء المريض في العلاج النفسي كان قوياً، فقد شفى ٣٠٪ إلى ٤٠٪ من المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية - من مشكلاتهم بعد أخذ قرص سكر غير نشط. هذه النتائج موثوق بها حتى عند استخدام معايير عالية الدقة والصرامة. كما تبين - من آن لآخر - أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية بشكل واضح من العلاج القائم على أخذ الدواء لإرضاء المريض، كما كان بنفس فعالية، وأحياناً أكثر فعالية من العلاج بالأدوية الطبية.

اليوم، أصبح العلاج المعرفي السلوكي مصطلح مطلق يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبياً، والتي تشترك في المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي ومع ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يناسب كل أنواع العلاج. فهناك فروق واضحة في الاستراتيجيات التي تستهدف في مشكلات بعينها، ولكن على الرغم من هذه الفروق في مفاهيم ومدخل العلاج المعرفي السلوكي لعلاج هذه المشكلات النفسية المختلفة، إلا أن الاستراتيجيات متأصلة في مدخل العلاج المعرفي السلوكي - تحديداً، فإن الارتباط السببي بين المعارف اللا تكيفية، والانفعالات، والسلوكيات، والفسولوجيا، وأن تصحيح المعارف اللا تكيفية ينتج عنه محو للمشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام. ولقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الانفعالي، وبحوث التنظيم الانفعالي.

البيولوجيا العصبية للانفعالات

لقد استطاعت البحوث المعاصرة في مجال علم الأعصاب neuroscience، ربط هذه العمليات المعرفية بأنشطة معينة بالمخ. فقد أشار ليدوكس وآخرون Ledoux And Others - في ضوء البحوث التجريبية على الحيوانات - إلى أن اللوزة على وجه التحديد - وهي بناء صغير يأخذ شكل اللوزة في وسط المخ - هامة في تجهيز والتعبير عن الانفعالات. يفترض نموذج ليدوكس أن الإلامعات الانفعالية يتم تجهيزها بطريقتين مختلفتين، حيث تختلفان في سرعة وعمق التجهيز. على سبيل المثال، دعنا نفترض أنك خرجت في نزهة في مكان ما، ورأيت شيئاً كأنه ثعبان.

يذكر لنا نموذج ليدوكس أن هذه المعلومات يتم تجهيزها بطريقتين مختلفتين: أولاً: تذهب المعلومات البصرية عن هذا الشيء إلى المهاد البصري visual thalamus - وهو محطة الترحيل المركزية center relay station للمدخلات الحسية البصرية، ثم مباشرة إلى اللوزة - التي لها ارتباط وثيق مع الجهاز العصبي المستقل. نظراً لأن المعلومات تشبه الثعبان، فإن اللوزة تنشط، وتؤدي إلى استجابة فورية (الشجار أو الضرار).

مع قليل من الوعي. يطلق ليدوكس على هذه العملية الطريق المنخفض low road إلى اللوزة. يشير ليدوكس إلى هذه العملية على أنها الطريق المنخفض لأنها تحدث بدون إشارات القشرة المخية العليا. بالإضافة إلى هذه العملية التي اشتركت فيها القشرة المخية الفرعية، يفترض أن المعلومات يتم إرسالها أيضاً من المهاد إلى القشرة المخية البصرية التي تقوم بتجهيزات إضافية أخرى للمعلومات.

لو أن هذا الشيء يشبه فقط الثعبان الحي، ولكنه في الحقيقة عصا، أو ثعبان ميت، فإن العمليات الخاصة بالقشرة المخية العليا توقف عندئذ تنشيط اللوزة، كما تكبح استجابة (الشجار أو الضرار). نظراً لأن هذا الممر إلى اللوزة يشترك مراكز القشرة المخية العليا، فقد أشار ليدوكس إليها على أنها الطريق العلوي high road إلى اللوزة. هذا النموذج متناغم

مع العلاج المعرفي السلوكي، لأن العمليات المعرفية التي تتطلب وظائف القشرة المخية العليا قد تكبح مناطق القشرة المخية الفرعية، التي تُعد بدائية من الناحية التطورية. يمكن للفرد أن يتخيل أنه ليس من السهل دراسة الميكانيزمات البيولوجية لأن هناك عوامل عديدة تؤثر في عملية العلاج، بما في ذلك - وإن كانت غير مقصورة على - دافعية المريض، وتعاطف المعالج النفسي، والعلاقة بين المريض والمعالج النفسي.

ومع ذلك، من الممكن عزل ودراسة مكونات معينة للعلاج المعرفي السلوكي، مثل إعادة التقييم المعرفي Cognitive Reappraisal.

تبدأ هذه الدراسات في الظهور، وتقدم دعماً عاماً لهذه الفكرة، على سبيل المثال، قدم أوكسنر ورفاقه (2002) Ochsner et al) صوراً محايدة (لمبة) أو صوراً متكافئة سلبياً (جسم مشوه) إلى بعض السيدات الصحيحات أثناء رقودهن في ماسح ضوئي يقيس تنشيط المخ لديهن. تم غطاء تعليمات للسيدات بأن يروا الصورة ويختبرن تماماً أي استجابة انفعالية يمكن أن تكشف عنها. ظلت الصورة على الشاشة لفترة أخرى من الوقت، مع إعطاء تعليمات إما بالنظر إلى الصورة، أو إعادة تقييم المشير.

طلب من السيدات - كجزء من تعليمات إعادة التقييم - تفسير الصورة السلبية بحيث لا تستثير بعد ذلك الاستجابة الانفعالية السالبة (صورة الجسم المشوه عبارة عن جزء من فيلم سينمائي مرعب ليس حقيقي). كما هو متوقع من خلال نموذج ليدوكس، فإن إعادة تقييم الصورة السالبة قلل من التأثير السلبي لها، وارتبط بالتنشيط الزائد في بناءات القشرة المخية العليا (بما في ذلك المناطق الظهريّة، والبطنية للقشرة المخية قبل الأمامية على الجانب الأيسر، والقشرة المخية قبل الأمامية على الجانب الظهري الأوسط)، والتنشيط المتناقص في اللوزة. علاوة على ذلك، ارتبط التنشيط الزائد في القشرة المخية قبل الأمامية على الجانب البطني بالتنشيط المتناقص في اللوزة، مما يشير إلى أن هذا الجزء من القشرة المخية قبل الأمامية يلعب دوراً هاماً في التنظيم الواعي والإرادي للعمليات الانفعالية.

إستراتيجيات تنظيم الانفعال

التنظيم الانفعالي هو العملية التي يؤثر بها الأفراد على نوع الانفعالات، وزمن حدوثها، وكيفية اختبارها، والتعبير عنها. أجرى جروس ورفاقه (Gross, Gross, et al (1997, Gross&Levenson, 2002 عددًا من التجارب جيدة التصميم التي أظهرت أنه من الممكن تغيير الاستجابة الانفعالية - عن قصة - لدى الفرد بما في ذلك الاستجابة الجسمية، بناءً على المدخل الذي يتبناه الفرد في التعامل مع المادة الانفعالية. وفي تجربة مماثلة، طُلب من أفراد أصحاء رؤية صوراً مختلفة، بعض هذه الصور (صور يد إنسان مبتورة) قد تظهر ردود أفعال سلبية بشكل قوي جداً لدى جميع الناس، مثل مشاعر الغثيان. أثناء التجربة، ربما نقيس الاستجابة النفسية - الجسمية للفرد قبل، وأثناء، وأحياناً بعد رؤية هذه الصور. لاحظ جروس ورفاقه - عند استخدامهم لهذا النموذج - أن إعطاء المحووصين تعليمات مختلفة عن ما يفعلونه عند رؤية هذه الصور يمكن أن يكون له تأثير دراماتيكي على الاستجابة الفسيولوجية والشخصية.

الإستراتيجية الأكثر فعالية هي إعادة التقييم. على سبيل المثال، إذا استطعنا إيجاد تفسيرات بديلة، أقل توتراً، فإن المعلومات (صورة - حدث - ... الخ) ينتج عنها انفعالات سلبية.

بالمقارنة، عندما يُطلب من المحووصين كبح انفعالاتهم عند رؤية الصور من خلال التصرف بطريقة يستطيع الفرد من خلالها التعبير عن شعوره، فإن ذلك يزيد من التوتر الشخصي ويزيد أيضاً من التنشيط النفسي - الجسمي مقارنة بالأفراد الذين لا يحاولون كبح انفعالاتهم.

قد يبدو هذا على إنه مخالف للمنطق، ولكنه متناغم مع العدد الكبير من الدراسات التي تظهر التأثيرات المتناقضة للاكتئاب: كلما اجتهدنا في ألا يضايقنا شئ ما، كلما كانت الفرصة مهياًة أكثر لأن يضايقنا هذا الشئ، سواء أكانت هذه الأشياء مشاعر، أو أفكار، أو تصورات، أو أحداث في البيئة المحيطة (مثل الحنفية التي تقطر ماءً، أو تكات ساعة الحائط). هذه الظاهرة درسها دانيال ويجنار Daniel Wegner، الذي طوّر تجربة الدُّب

الأبيض لتوضيح هذه النقطة (wegner,1994). التجربة بسيطة جداً وتأثيرها محل ثقة: تخيل دُب أبيض زغب.

الآن، فكّر لمدة دقيقة عن شئ ما تحبه، ماعدا الدُب الأبيض. قم بعد كل مرة يدخل فيها الدُب الأبيض فجأة إلى تفكيرك. كم مرة دخل فيها الدُب الأبيض على تفكيرك؟ الدُب الأبيض لا يكون صورة احتمالية إلا إذا كانت هناك خبرة شخصية مع الدُب الأبيض في حياة الفرد، خصوصاً إذا كانت هذه الخبرة انفعالية. بوضوح، فإن هذه التجربة تعمل بشكل أفضل لو أننا تخيرنا أفكاراً أو أخيلة ذات معنى بالنسبة لنا، أو متكافئة من الناحية الانفعالية.

في هذه التجربة البسيطة، يكمن السبب في علة كون الصورة المحايدة للدُب الأبيض صورة احتمالية هي محاولة كبجها. إن سبب هذا التأثير المتناقض مرتبط - بشكل واضح - بالنشاط المعرفي المطلوب لكبح الصورة. لكي لا نفكر في شئ ما، لابد لنا من مراقبة عملياتنا المعرفية. نحن نركز - كجزء من عملية المراقبة هذه على هذا الشئ الذي نحاول عدم التركيز عليه، وهذا يؤدي إلى التناقض، وإذا حدث ذلك بشكل منتظم، من الممكن أن يؤدي إلى اضطرابات انفعالية.

أوضح ويجنار أن المحاولات لكبح الأفكار عن الدُب الأبيض لا تزيد - بشكل متناقض - من تكرار هذه الأفكار أثناء مرحلة ما بعد الكبح التي يكون فيها الأفراد أحراراً في التفكير في أي موضوع (wegner,1994). أشارت البحوث اللاحقة إلى وجود علاقات ارتباطية بين هذا التأثير الارتدادي كظاهرة معملية والاضطرابات العيادية. على سبيل المثال، يؤدي كبح التفكير إلى زيادة استجابة الجلد الكهربية للأفكار الانفعالية (wegner,1994)، مما يشير إلى أن هذا الكبح يرفع من التنشيط التعاطفي.

على نحو مشابهة، فإن التفكير في الأحداث غير السارة يطيل من الأمزجة الغاضبة والمكتئبة (Nolen-hoeskema and Morrow.1993, rusting.1998). كما أن محاولات كبح الألم غير منتج أيضاً (Cioffi&Holloway,1993). عموماً، ترتبط الكثير من

المشكلات النفسية بالمحاولات غير الفعالة لتنظيم الخبرات غير المرغوب فيها مثل المشاعر، الأفكار، والأخيلة.

تركز العلاجات النفسية الفعالة على تعزيز استراتيجيات التنظيم المفيدة وتنشيط استخدام الاستراتيجيات غير الفعالة. بناءً على المستهدف من العلاج، تشتمل استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي على العديد من الأساليب المختلفة.

فبعض الاستراتيجيات تستهدف التجنب الخبراتي experiential avoidance، ومحاولات التحكم في الانفعالات غير السارة من خلال الكبح واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المختل وظيفياً الأخرى، في حين تركز الاستراتيجيات الأخرى على المثير الذي يستثير الانفعال نفسه - الموقف أو الحدث الذي يولد الخبرة الانفعالية.

يؤكد نموذج العملية للانفعالات لدى جروس على تقييم الإلماعات الخارجية أو الداخلية (Gross,2002, Gross&john,2003, Gross&Levenson,1997)، عندما يتم

تجهيز هذه الإلماعات، يتم تنشيط مجموعة من الاستجابات الخبرائية، والجسمية، والسلوكية، كما تتأثر بنزعات التنظيم الانفعالي. الوقت الذي ينخرط فيه الأفراد في التنظيم الانفعالي يؤثر في فعالية جهودهم التنظيمية. وعلى ذلك، يمكن تقسيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي - بناءً على الوقت أثناء عملية توليد الانفعال - إلى استراتيجيات تركز على العمليات السابقة، واستراتيجيات تركز على الاستجابة.

أما استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تركز على العمليات السابقة، فتحدث قبل التنشيط الكلي للاستجابة الانفعالية، ومن أمثلتها إعادة التقييم المعرفي، تعديل الموقف، ونمو الانتباه. وبالمقارنة، فإن استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تركز على الاستجابة عبارة عن محاولات تغيير التعبير عن، أو خبرة الانفعال بعد البدء في الميل للاستجابة، ومن أمثلتها الاستراتيجيات بكبح أو تحمل الاستجابة الانفعالية النشطة.

تشير النتائج التي تم الحصول عليها من خلال البحوث التجريبية إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على العمليات السابقة طرائق فعالة نسبياً للتنظيم الانفعالي على المدى القصير، في حين أن الاستراتيجيات التي تركز على الاستجابة تميل إلى كونها تعوق الأهداف التي وضعها الفرد (Gross,1998, Gross&Levenson,1997).

هناك إستراتيجية فعالة أخرى لتنظيم الانفعالات تتمثل في تشجيع الفرد على عزل نفسه عن أفكاره ويمكن تحقيق ذلك من خلال ممارسة التفكير، والتأمل التي تشجع على الموقف العقلي الذي يركز على الوقت الحاضر، فيما يتعلق بالأفكار والمشاعر. يُشار إلى هذه العملية في الأدبيات المعاصرة على أنها "الانحراف عن المركز decentering". هذا المصطلح قريب من "الإبعاد distancing" في العلاج المعرفي السلوكي التقليدي (Beck, 1970). على الرغم من وجود تضمينات عملية متشابهة في هذين المصطلحين، إلا أن هناك فروق دقيقة بينهما خصوصاً في خلفيتهما النظرية.

فالإبعاد يشير إلى عملية الحصول على الموضوعية نحو الأفكار من خلال التعلم للتمييز بين الأفكار والحقيقة. لذا، يفترض الإبعاد أنه يمكن تحصيل المعرفة الحقيقية من خلال تقييم أفكار الفرد، والتي يتم التعبير عنها في الغالب في شكل مقولات واعتبارات تنبؤية (فروجن) - وبالمقارنة، فإن الإبعاد كما يستخدمه بعض المؤلفين (Hayes, 2004) يفترض نموذجاً نظرياً لا يميز بين الأفكار والسلوك عند المستوى المفاهيمي (فالأفكار يُنظر إليها على أنها سلوكيات لفظية).

إن عدم القدرة على الانخراط في الانحراف عن المركز، والأبعاد يمكن أن ينتج عنها اندماج التفكير - السلوك thought-action fusion. لقد أُفترض أن اندماج التفكير - السلوك يتألف من عنصرين (Shafran et al, 1996). يشير العنصر الأول إلى الاعتقاد بأن المرور بخبرة تفكير معين يزيد من فرصة أن الحدث سوف يقع بالفعل. (الاحتمالية)، في حين يشير العنصر الثاني (الأخلاق) إلى الاعتقاد أن التفكير في السلوك أو الفعل مماثل من الناحية العملية للأداء الفعلي للسلوك.

على سبيل المثال، يمكن اعتبار التفكير في قتل إنسان ما غير مكافئ من الناحية الأخلاقية لأداء هذا الفعل. يُفترض أن هذا العنصر الأخلاقي هو نتاج الاستنتاج الخطأ بان المرور بخبرة الأفكار السيئة مؤشر على طبيعة الفرد ومقاصده الحقيقية.

المدخل العام للعلاج المعرفي السلوكي

على الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي مدخل علاجي محبوب، إلا أن هناك عدد من المعتقدات الخطأ (الأخطاء المعرفية و لو أردت ذلك) تتعلق بمهابة العلاج المعرفي السلوكي (المعاصر). على عكس المعتقد الشائع، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يعني أن العلاج النفسي مقصور على التعديل المعرفي، إلا أنه يعني ببساطة أن تحديد وتعديل التشوهات المعرفية أهداف هامة للعلاج، لأن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مبدأ مؤداه أن المعارف ترتبط - على نحو سببي - بالتوتر الانفعالي، والمشكلات السلوكية. كما أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف أيضاً الخبرات الانفعالية، الأعراض الجسمية، والسلوكيات. يميز بيك - معتمداً على طبيعة إستراتيجية العلاج - بين المداخل العقلية، الخبراتية والسلوكية، وكلها مظاهر هامة للعلاج المعرفي السلوكي. يتعلم المرضى - كجزء من المدخل العقلاني - تحديد المفاهيم الخطأ لديهم، واختبار صحة أو صدق أفكارهم، واستبدالها بأفكار أخرى أكثر تكيفية. أما المدخل الخبراتي، فيساعد المرضى على عرض أنفسهم على الخبرات من أجل تغيير هذه المفاهيم الخطأ.

في حالة جوي، قام المعالج النفسي باستكشاف الأسباب التي تقف خلف مشاعر الدونية لديه، وتلك الأسباب التي أدت به إلى محاولات الانتحار في السابق. لقد كان السبب الأكثر أهمية في العلاج هو رفع مستوى الطاقة والدافعية لدى جوي، وهذا الهدف تحقق في البداية من خلال إعطاء جوي بعض المهام البسيطة ثم الأكثر صعوبة للقيام بها أثناء اليوم، تلك المهام تراوحت بين التدريبات الرياضية البسيطة، الأعمال المنزلية، والتسوق، إلى إرسال طلبات التقدم للوظيفة، الذهاب لمقابلات الوظائف، وممارسة الهوايات.

العنصر الأساسي في المدخل السلوكي يتمثل في التشجيع على نمو الأشكال المعينة من السلوك لتحسين الصحة النفسية للفرد المريض. هذه الواجبات غالباً ما يُطلق عليها التنشيط السلوكي Behavioral هذا التنشيط السلوكي يمكن أن يكسر دائرة التفكير السلبي، والطاقة والدافعية المنخفضة. هذا التنشيط السلوكي رفع من طاقة جوي، وغيّر من إدراكه لذاته، وحسّن من مزاجه. بسبب التركيز على المظاهر السلوكية لكثير من

المشكلات النفسية، يبدو أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي أفضل مناسبة من العلاج المعرفي فقط Cognitive Therapy، أو العلاج العقلاني فقط Rational Therapy، كما أشار إلى ذلك كل من بيك وإليس.

العلاج المعرفي السلوكي يركز على الوقت الراهن. فالمريض مشارك نشط، ويعتبر خبير في مشكلاته النفسية. العلاقة بين المعالج النفسي والمريض علاقة ودودة، ونقية، كما أن التواصل مباشر ولكن الاحترام متبادل. لا يُنظر إلى المريض على أن به عيب،.. كما لا يُنظر إلى المعالج النفسي على أنه كلي القدرة، أي لدية القدرة على الشفاء .

ولكن المعالج النفسي والمريض يكونان علاقة تشاركية لحل مشكلة ما. إن الدور الأول للمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي نشط جداً، حيث يُعلم المريض بالقواعد الأساسية لهذا المدخل العلاجي. ومع ذلك، كلما تقدم العلاج، من المتوقع أن يصبح المرضى أكثر نشاطاً في العلاج، وأكثر استقلالية وأكثر تأثيراً في الأحداث.

عادة ما يسعى المرضى في طلب المساعدة للعديد من المشكلات المختلفة. وغالباً ما يبين التحليل أنواع من المشكلات المختلفة ترتبط مباشرة ببعضها البعض أو أن المشكلات الفرعية المختلفة يمكن أن تصنف تحت مشكلة أكبر .

على سبيل المثال، نقص الدافعية لدى جوى، وقلة طاقته، والميل للإفراط في النوم ترتبط بوضوح - بمشكلة الاكتئاب لديه، وكذلك بمشاعر إنقاص الذات لديه.

إذا كان الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي هو استهداف مشكلات النوم لدى جوى، فإن ذلك يعنى أنه يفوته النقطة الرئيسية للمشكلات النفسية عند جوى . من الواضح أن مشاعر إنقاص الذات لدى جوى هي المشكلة الرئيسية التي ينبغي أن تكون هدف العلاج. تمثلت المعتقدات الرئيسية (المخططات) لجوى في الآتى: " ليس لى قيمة إلا إذا أنفقت على أسرتى "، " أنا غير كفاء ".

هذه المعتقدات الرئيسية صريحة وعلنية أكثر في مرحلة تالية أثناء عملية العلاج، عندما يتضح أن الأفكار الآلية المتعددة بينها قواسم مشتركة. هذه العملية تحتاج من المريض استكشاف ذاتي، واستفسار إرشادي (أو اكتشاف موجه) من المعالج النفسي (وهذا ما يطلق عليه بيك في العلاج المعرفي السلوكي أسلوب الاستجواب السقراطي).

أثناء تقدم عملية العلاج النفسى، تصبح أهداف العلاج المعرفى السلوكى أكثر تركيزاً وأكثر توجهاً نحو المعتقدات الرئيسية لدى المريض. ومع ذلك، فإن هذه الأهداف لا يحددها المريض وحده. أثناء عملية العلاج، يقوم المعالج للوصول إلى أو تحقيق هذه الأهداف، وتصور النواتج التى يمكن ملاحظتها، والتى سوف تشير إلى أن كل هدف قد تحقق.

تجدر الإشارة إلى أن المرضى يشتركون في عمليات صنع القرار هذه. هناك مفهوم خاطئ يتمثل في أن العلاج السلوكى يستبدل التفكير السلبي بالتفكير الايجابي، والذى بدوره سوف يحل كل المشكلات النفسية، وهذا ليس بصحيح عند كافة المستويات.

فالعلاج المعرفى السلوكى لا يحاول أن يجعل الموقف السيئ موقفاً جيداً. فالعلاج المعرفى السلوكى لا يشجع المرضى على التفكير بشكل ايجابي في الأحداث التى تسبب التوتر بالفعل، أو تجاهل الأحداث المؤسفة التى وقعت للفرد. إلا أن المعالج النفسى في العلاج المعرفى السلوكى يساعد المريض على الدراسة الناقدّة ليعرف ما إذا كان هناك ما يبرر استجابته لموقف معين أم لا.

إذا كان هناك مبرر جيد لهذه الاستجابة الوجدانية السالبة، فإن العلاج المعرفى السلوكى يشجع المريض على تعبئة مصادره للتعامل مع الحدث السلبي، وأن يحيا حياة لها معنى.

فالمرأة التى فقدت ابنها في حرب العراق امرأة تكلّى، ولديها ما يبرر الحزن الذى تعيش فيه، فليس هناك أى شئ ايجابي في فقدان الأبناء، والأم هذه لديها ما يبرر بقائها حزينة لفترة كبيرة من الزمن. فالأشياء السيئة تحدث، وتقع للأفراد الخيرين. ومع ذلك، معظمنا لديه القدرة على مجابهة الأحداث البغيضة في الحياة، ويجددون الطرائق التى تساعدهم على الاستمرار في الحياة.

إن فقدان الولد في حرب مثال صعب، وأن معظمنا لم يُمنى بهذه المصيبة. في حالة جوى، فإن المثير للاكتئاب لديه يتمثل في تقاعده عن العمل، وتركه له. على الرغم من أن التقاعد عن العمل ليس حدثاً ساراً، إلا أنه ليس بكارثة، وأن معظم الناس يستطيعون مجابهة هذا التحدى. ومع ذلك، فإن مثيرات الاكتئاب ليس بالضرورة حاضرة. في الحقيقة لا يتذكر كثير من الناس حدث مثير لهذا الاكتئاب.

نفس الأمر ينطبق على المشكلات النفسية الأخرى. غالباً ما يعلن المرضى أن مشكلتهم النفسية حدثت بكل بساطة. يشجع المعالجون النفسيون في العلاج المعرفى السلوكى المرضى

على تحديد ما يبرر استمرار المشكلة، ويساعدون المرضى، ويدفعونهم نحو تغيير هذه المبررات أو الأسباب. من خلال علاج الأفكار كفروض، فإن المرضى يتم وضعهم في دور الملاحظين أو العلماء وليس كضحية للمشكلات النفسية.

ولكى يتم تحدى هذه الأفكار، يتناقش المعالج النفسى والمريض في الدليل على أو ضد افتراض معين، وهذا يمكن تحقيقه عن طريق استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض (ما هى الاحتمالية بناءً على خبرتك الماضية ؟ وعن طريق تقديم معلومات أكثر دقة (ماذا نعرف عن الحدث ؟)، وعن طريق إعادة تقييم نواتج الموقف (ما هو أسوأ شئ يمكن أن يحدث ؟)، وعن طريق إعطاء المريض الفرصة لاختبار فروضة بعرضهم على الأنشطة والمواقف التى يتجنبها، ويخاف منها ترتبط العديد من الأفكار الآلية التى أعلن عنها المرضى ذوى المشكلات الانفعالية بأنماط التفكير التى تؤدى الى الإفراط في تقدير الاحتمالية Probability overestimation يشير هذا المصطلح إلى الخطأ المعرفى الذى يحدث عندما يعتقد الفرد أن حدثاً غير محتمل، يمكن أن يقع أو يحدث.

على سبيل المثال، الأفراد ذوو اضطراب الهلع، أو القلق الصحى ربما يفسرون ضربات القلب السريعة غير الضارة على أنها علامة على أزمة قلبية وشيكة، والمرأة ذات اضطراب القلق ربما تستنتج أن زوجها قد وقع له حادث في الطريق لأنه لم يأتى إلى البيت في الموعد المعتاد - على الرغم من أن هذه الأحداث (الأزمة القلبية، حادث السيارة) ليست مستحيلة، إلا أن احتمالية حدوثها ضئيلة. ومع ذلك، قد تكون احتمالية وقع حدث ما كبير، مما يعنى أن المرأة لديها ما يبرر القلق على زوجها إذا كان غير بارع في قيادة السيارة، وأنه قد وقعت له حوادث سابقة لهذا السبب، إذا كان معتاداً أن يصل الى البيت في الوقت المحدد، أو إذا كان قد وعد أن يصل إلى البيت في ذلك الوقت.

هناك نمط آخر من أنماط التفكير يطلق عليه التفكير الكوارثى Catastrophic Thinking. هذا النوع من التفكير يعنى " تضخيم الأشياء، أو وضعها في غير نصابها الحقيقى " على الرغم من أنها ليست كذلك. بمعنى آخر، الشخص الذى يقع في هذا الخطأ المعرفى يدرك النتيجة أو يراها على انها كارثة، حتى ولو لم تكن كذلك. ومن أمثلة ذلك، شخص لديه قلق اجتماعي يعتقد - بعدما رفضت سيدة الخروج معه في موعدها - انه لن يجد له شريكاً في الحياة لأنه لن تكون هناك سيدة تهتم به، ترغب فيه.

متى يتم التعرف على الأفكار الالتيكيفية وتحديتها، ينبغي على الفرد أنذاك أن يضع معتقداته القديمة موضع الاختبار. على سبيل المثال، في حالات اضطرابات القلق، فإن الأفراد سيواجهون أحداث ومواقف (قد تشمل أيضاً على صور وأنشطة) قاموا بتفسيرها بطريقة غير صحيحة. يُسمح للمرضى، أو يقدم لهم الفرص لإجراء تجارب ميدانية للدراسة مدى صحة فروضهم.

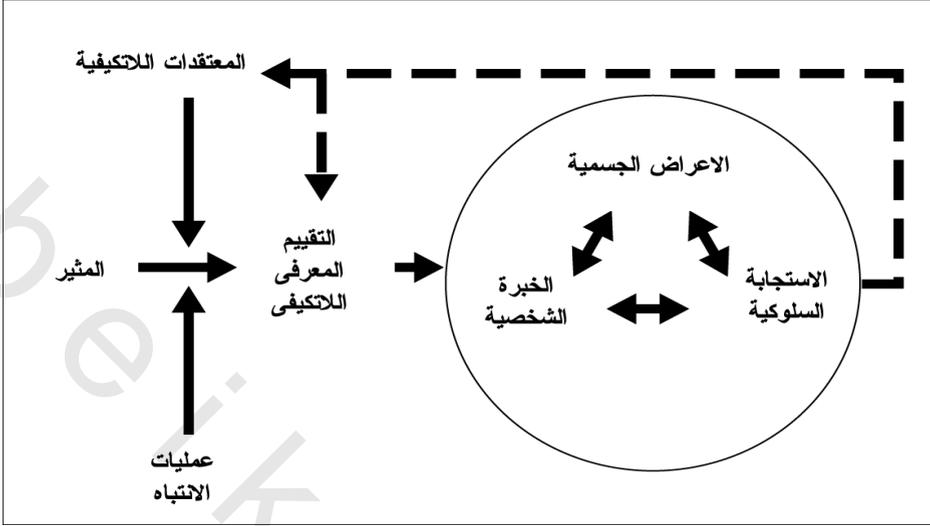
على سبيل المثال، قد يُطلب من فرد لديه اضطراب القلق الاجتماعي أن يستهل حواراً مع عشر سيدات في محل لبيع الكتب، وفي ممارسة لاحقة، قد يتطلب منه تهيئة نفسه لرفض السيدات وذلك من أجل التعامل مع همّه الذي يتعلق بنتائج كونه مرفوضاً. بالإضافة الى هذه الأشكال العامة من الأخطاء المعرفية، فإن الفصول في سياق التجارب السلوكية التي واجه فيها المرضى موقف سُمح لهم فيها باختيار صدق معتقداتهم. معظم هذه التجارب حدثت خارج مكتب المعالج النفسي في بيئة أقل أماناً.

أحد أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال الأفكار الالتيكيفية بأفكار أخرى تكييفية. ولكي يدرك المرضى الأفكار البديلة، ينبغي أن يسألوا أنفسهم الأسئلة التالية: " ما هي الطرق البديلة لتفسير هذا الحدث ؟ " أو كيف يفسر الآخرون هذا الحدث ؟ "، ومع تكرار الممارسة يتعلم المرضى تغيير منظورهم، منتقلين من الضحية السلبية لمشكلاتهم النفسية، إلى الملاحظ النشط. في الغالب ما تستخدم أشكال مراقبة الذات لتوجيه هذه العملية.

إن الطرق التي تفسر بها الأشياء - مثل أي عادة سيئة - تمثل إلى مقاومة التغيير. تتمثل الخطوة الأولى نحو التغيير في إدراك أن هناك العديد من الطرائق المختلفة التي يمكن من خلالها تفسير الحدث. ولكي نفسر حدث ما، نحن في حاجة إلى صياغة فروض، وهذه الفروض هي التي تحدد استجابتنا الانفعالية للحدث.

كما ذكرنا من قبل، فإن هدف العلاج هو اختيار المريض لفروضه، وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة يقوم بتعديلها لكي يتم تنمية منظور أكثر واقعية عن العالم الحقيقي. يتمثل افتراض المدخل المعرفي في أن التنبؤات والمقولات الذاتية لها تأثير قوى على السلوك والخبرة. لذلك، من الضروري الإعداد للممارسة لضمان أن جلسة الممارسة سوف تقدم القدرة المثلى لتحدي الأفكار المختلة وظيفياً لدى المريض.

بالإضافة إلى ذلك، فإن تجهيز الخبرات التي تلى التعرض ذات أهمية مماثلة. الشكل الآتي يصور النموذج العام للعلاج المعرفى السلوكى كما يستخدم في هذا الكتاب.



الشكل (١) نموذج العلاج المعرفى السلوكى

يظهر هذا النموذج أن المعتقدات اللاكيفية (المخططات) يمكن أن تؤدي إلى معارف معينة لا تكيفية (وفى الغالب آلية) عندما يخصص الانتباه إلى مظاهر مثيرات معينة مثل المواقف، أو الأحداث، أو الأحاسيس، أو حتى الأفكار الأخرى. غالباً ما تظهر عمليات الانتباه هذه درجة عالية من الآلية ويمكن أن تحدث عند مستوى ملازم للوعى.

متى وصلت العملية إلى مستوى الوعى، يتم تفسير وتقييم المثيرات. ثم بعد ذلك يؤدي التقييم إلى الخبرة الشخصية، الأعراض الجسمية والاستجابة السلوكية. على سبيل المثال، الشخص الذى يحمل وجهة النظر التالية "أنا ليست لدى الكفاءة الاجتماعية" من المحتمل بشكل كبير أن يفسر حدث ما (مستمع يتشاءب) بطريقة تتناغم مع هذا الاعتقاد، أو هذا المخطط. هذا التفسير للموقف المؤدى إلى أعراض جسمية (سرعة ضربات القلب) الاستجابات السلوكية (التأتأة)، والخبرة الشخصية (الخوف والحيرة).

إن فسيولوجيا الانفعال، والسلوكيات، والخبرة الشخصية للانفعال تصدق الانتباه عن أداء المهمة الحقيقية، ويشبع بعضها بعضاً وتدعم التقييم المعرفى اللاكيفى للموقف ومخططات الشخص يكون غير كفاء، مما يحقق حلقة تغذية راجعة موجبه حلقة التغذية الراجعة الموجبة هذه يمكن تحقيقها أيضاً من خلال عملية يطلق عليها الاستدلال الانفعالي Emotional Reasoning، وهو عملية معرفية لا تكيفية تستخدم الخبرة الانفعالية

للفرد كدليل على صدق الفكرة. ومن أمثلة الاستدلال الانفعالي الطفل الذي يخاف من الكلاب، الذي يستخدم هذا الخوف بعد ذلك كدليل على الاعتقاد بأن الكلاب أكيد خطيرة.

إن الاستدلال الانفعالي عملية ضرورية لأنها تحقق حلقة التغذية الراجعة الموجبة من خلال تحويل نتيجة فكرة ما (الخوف من الكلاب مثلاً) إلى سابق على نفس الفكرة (مثلاً: الكلاب خطيرة). نحن نواجه حلقة التغذية الراجعة الموجبة هذه في الاضطرابات الوجدانية.

يقوم التمييز بين الفسيولوجيا، الخبرة الشخصية، السلوكية على نموذج الانفعال العام الثلاثي. إن عزل الاستجابة الانفعالية إلى هذه المكونات الثلاثة قد يبدو مصطنعاً، وتعتقد بعض مدارس علم النفس انه من غير الضروري القيام بهذا التقسيم. على سبيل المثال، قد يرى المؤيد للمدخل النظري الذي يعرف بأنه التحليل السلوكي Behavior Analysis - أن كل استجابة لحدث ما، أو موقف ما عبارة عن استجابة سلوكية، ومن غير المفيد افتراض أن التقييم المعرفي يتقدم على الاستجابة، وان الاستجابات الشخصية، والجسمية مختلفة عن الاستجابة السلوكية الصريحة أو العلنية.

ومع ذلك، تقدم لنا الأدبيات دليلاً كافياً لدعم هذا النموذج، ومن المفيد اشتقاق أهداف علاجية، وعند صياغة استراتيجيات تدخل معينة. وان المكونات الثلاثة: السلوكيات، الفسيولوجية، والخبرة الشخصية - تكوّن معاً نظاماً، إلا أنه يمكن استهداف كل منها بشكل مستقل. يمكن التعبير عن المكون السلوكي في شكل إشارات صريحة عن الخبرة الانفعالية.

في حالة القلق، قد تكون هذه السلوكيات إستراتيجيات التجنب الأخرى يمكن أن تكون خبراتية من خلال - على سبيل المثال - تجنب الخبرة الشخصية أو الحساسية الفسيولوجية بالاستجابة الانفعالية. ومع ذلك، فإن هذه الاستراتيجيات تبقى على المدخل اللاتكفي نحو الخبرات الخارجية لأن حلقة التغذية الراجعة الموجبة لا تسمح للنظام بالتغيير من خلال اعتبار أو التفكير في أي دليل غير توكيدي.

يمكن تحقيق التغذية الراجعة الموجبة كنتيجة للاستدلال الانفعالي، والإدراك الذاتي، الأغراض الجسمية الفسيولوجية، السلوكيات، والخبرات الشخصية يمكن أن تحدد التقييم المعرفي للموقف، كما يمكن أن تحدد أيضاً من خلاله.