

الفصل التاسع

مبادئ العلاج المعرفى

« إذا شعنا أن نغير العواطف، فمن الضروري قبل كل شيء أن نغير الفكرة التى انتجتها. وأن نتبين أنها إما فكرة غير صحيحة فى ذاتها أو أنها لا تمسّ شعورنا ومصالحنا ».

بول دويس

رأينا في الفصول السابقة أن الاضطرابات النفسية الشائعة تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير. ويبقى التحدى الحقيقى أمام العلاج النفسى هو أن يقدم للمريض فنيات فعالة للتغلب على نقاطه العمياء blindspots، وعلى إدراكاته المشوشة وطرائقه في خداع ذاته. إنه لمؤشر واعد أن نلاحظ أن المرء يتفاعل بواقعية وفعالية فى المواقف التى لا تمت بصلة لعصابه، وأن أحكامه وسلوكه فى المناطق الواقعة خارج حدود حساسيته الخاصة كثيراً ما تعكس مستوى وظيفياً عالياً، وأنه قبل حدوث العصاب كثيراً ما يبدي نمواً وافياً فى أدواته التصورية التى يتعامل بها مع مشكلات الحياة.

بوسع المرء أن يستخدم المهارات السيكلولوجية (دمج الخبرة وتسميتها وتأويلها) فى تصحيح الانحرافات النفسية. وحيث أن المشكل النفسى المركزى وعلاجه أيضاً كلاهما يتعلق بتفكير المريض (أو معرفته) فقد أطلقنا على هذا الشكل من العون «العلاج المعرفى» cognitive therapy.

يتألف العلاج المعرفى بمعناه العريض من كل المداخل التى من شأنها أن تخفف الكرب النفسى عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعنى توكيدنا على التفكير أن نغمت أهمية الاستجابات الانفعالية التى هى المصدر المباشر للكرب بصفة عامة. إنما يعنى ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريق تفكيره. وتصحيح الاعتقادات الباطلة يمكننا أن نخدم أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقيماً أكثر واقعية: فهناك المدخل العقلانى intellectual الذى يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها والاستعاضة عنها بمفاهيم أكثر مواءمة. وكثيراً ما تبرز الحاجة إلى تغيير موقفى واسع النطاق. وذلك حين يفتن المريض إلى أن القواعد التى استند إليها فى توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخدعته وعملت على هزيمته.

وهناك المدخل الخبروى experiential الذى يعمد إلى تعريض المريض لخبرات هى من الشدة بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه. فالتفاعل مع الآخرين فى مواقف منظمة خاصة مثل جماعات الملاقاة encounter groups أو العلاج النفسى التقليدى قد يساعد الشخص على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية وأن يعدل بالتالى من استجاباته غير التكميفية وغير الملائمة تجاههم. ففى جماعات الملاقاة مثلاً، فإن الخبرات البينشخصية قد تخترق التوجهات

غير التوافقية التي تعوق المريض عن التعبير عن المشاعر الحميمة . ومثل ذلك يحدث فى العلاج النفسى . فكثيراً ما يستجيب المريض للدفع والقبول الذى يمنحه إياه المعالج النفسى بأن يعدل مفهومه النمطى الجامد عن صور السلطة . وقد أطلق على مثل هذا التغيير « الخبرة الانفعالية المصححة » (Alexander, 1950) corrective emotional experience . فأحياناً ما تتم الفعالية العلاجية بدفع المريض إلى أن يغشى مواقف ذآب من قبل على تجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة .

وهناك المدخل السلوكى behavioral الذى يحث المريض على تبنى أنماط معينة من السلوك من شأنها أن تغير فى عموم نظره إلى نفسه وإلى العالم الواقعى . إن ممارسة فنيات للتعامل مع الأشخاص الذين يرهبهم المرء ، كما يحدث فى تدريبات توكيد الذات as- sertive training ، تكسبه نظرة أكثر واقعية تجاه الآخرين وتعزز ثقته بنفسه فى ذات الوقت .

ولكن لماذا يفشل العصابى فى تغيير مواقفه اللاتكيفية مادام العصاب هو ثمرتها ونتاجها؟ لماذا يفشل فى تغييرها خلال خبرة الحياة أو بمساعدة والديه أو أصدقائه؟ لماذا يحتاج إلى معالج محترف؟ ألسنا نرى أن بمقدور المرء فى أحوال كثيرة أن يحل مشاكله بنفسه أو بمشاوره جارٍ عجوز حكيم؟ بلى وإن كثيراً من الناس ليستخدمون بالسليقة ، وبنجاح تام ، صنوفاً من التقنيات هى من صميم أدوات المعالج السلوكى . فيقومون مثلاً بتعريض أنفسهم بالتدرج للمواقف التى يرهبونها ، أو يتخيلون أنفسهم فى تلك المواقف (خفض الحساسية المنظم systematic desensitization) أو الاقتداء بالغير فى سلوكهم (النمذجة modeling) . أو يمتحنون من « الحكمة الشعبية » Folk wisdom (الخبرة المتراكمة لجماعتهم الثقافية) لدى الأصدقاء والأقارب أولى الرأى والمشورة .

أولئك الذين يلتزمون العلاج الرسمى ، ويلتصق بهم على غير عمد لقب « مريض » أو « عميل » هم البقية الباقية التى فشلت فى السيطرة على مشكلاتها . ربما لأن رد فعل هذه المشكلات عليهم هو من الشدة والحدة بحيث لا يستجيب لخبرات الحياة المعتادة أو للعون الذاتى . فقد يكون المريض من البدء هساً لم يكتسب القدرات التكيفية التى يواجه بها المصاعب . وقد تكون مشكلاته عميقة متأصلة . وقد تكون « وصفة سيئة » هى التى أوقعته فى الاضطراب . وقد يكون مفتقراً إلى المصادر غير المهنية للعون . ولا ننس أن الحكمة الشعبية - على نفعها فى أحوال كثيرة بل ودخولها فى صميم الكثير من العلاج النفسى - لا يندر أن تترج بالخرافات والأساطير والمفاهيم الخاطئة التى تخلق توجهها وبيلاً غير واقعى . زد أن كثيراً

من الناس لا يجدون في أنفسهم حافزاً على الانخراط في برنامج تحسين ذاتي ما لم يتم ذلك في إطارٍ حرّفي .

إن العلاج النفسي، على أية حال، هو الأنفع والأمنع في المشكلات . ويعود ذلك إلى السلطة الكبيرة التي نسندها إلى المعالج، وإلى قدرته على تمحيص المشكلات، ودُرْبته على تقديم مجموعة منظمة ومناسبة من الإجراءات العلاجية .

أهداف العلاج المعرفي

أنسب ما تكون الفنيات المعرفية حين تقدّم إلى أناسٍ لديهم القدرة على الاستبطان introspection وعلي التأمّل في أفكارهم الخاصة وخيالاتهم . إن المدخل المعرفي هو في جوهره امتداد وتحسين لما دأب الناس على فعله بدرجات متفاوتة منذ المراحل الأولى لتطورهم الفكري . والفنيات العلاجية من مثل : تسمية الأشياء والمواقف، غربة الفروض، تنقية الفروض واختبارها - كلها قائمة على مهارات يستخدمها الناس على السجية ودون اطلاعٍ على العمليات الداخلة فيها .

هذه الوظيفة الفكرية الخاصة شبيهة بعملية تكوين الكلام حيث تُطبّق قواعد النطق والبناء النحوي دون وعي محتشدٍ لهذه القواعد أو لتطبيقها . أما إذا ابتُلِيَ أحد البالغين باضطراب كلامي يريد تقويمه أو إذا أراد تعلم لغة جديدة، فلا نُدْحَة له عندئذ من أن يركز انتباهه على تكوين الجمل والكلمات . وبنفس المقياس، عندما يجد صعوبة في تفسير جوانب معينة من الواقع فقد يفيدُه أن يركز على القواعد التي يتبعها في بناء أحكامه، فربما ظهر له إذًا أن القاعدة خاطئة أو أن تطبيقه للقاعدة غير صحيح .

غير أن بناء الأحكام الخاطئة قد يغدو عادةً متأصلة عميقة الجذور في نفسه بعيدة عن منال وعيه ودرأيته بحيث يتطلب تصحيحها خطوات عديدة . إن عليه أولاً أن يصبح واعياً بما يفكر فيه . ويتوجب عليه ثانياً أن يميز أي الأفكار هي الزائفة المنحرفة . وعليه عندئذ أن يستبدل بالأحكام المختلة أحكاماً دقيقة . وهو بحاجة في النهاية إلى تغذية مرتجعة Feedback تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغيير . إنه نفس الصنف من التتابع إلزام لكل تغيير سلوكي مثل تحسين الأداء في إحدى الرياضات أو تصحيح أخطاء العزف على آلة موسيقية أو إحكام فنيات الجدل والإقناع .

ولكى نوضح عملية التغيير المعرفى سنتخير مثلاً (جسيمياً) بعض الشيء. وهو حالة شخص لديه خوف من جميع الغرباء. عندما نستكشف ردود أفعال هذا الشخص فقد نجد أنه يعمل وفق قاعدة: «كل غريب هو قَظٌّ عدائى». إن القاعدة هى الخاطئة فى هذه الحالة. وقد يكون هذا الشخص، من جهة أخرى، مدركاً أن الغرباء يتفاوتون فيما بينهم، ولكنه لم يتعلم أن يميز بين الغريب الودود والغريب المحايد والغريب الفظ. إن الخلل فى مثل هذه الحالة هو فى تطبيق القاعدة، أى تحويل المعلومات المتاحة فى موقفٍ معطى إلى حكم مناسب.

بديهى أنه ليس كل من يخطئ التفكير يحتاج إلى أن يقوم فكره أو يريد ذلك. إنما تحق المساعدة لمن تسلمه أخطاؤه للحزن والابتئاس وتوقع فى حياته القوضى.

تتمثل المشكلات التى تدفع المرء إلى التماس العلاج فى صورة كرب ذاتى (كالقلق أو الاكتئاب)، أو مصاعب فى سلوكه الظاهر (مثل الكف المعطل أو العدوانية)، أو قصور فى استجاباته (كالعجز عن الإحساس بمشاعر دافئة أو التعبير عنها). وفيما يلى نوجز أنواع التفكير الذى يبطن هذه المشكلات:

تحريفات الواقع المملوسة المباشرة

من التحريفات المألوفة لنا جميعاً تلك الأفكار التى يضمها مريض البارانويا الذى يستنتج، دون تمييز، عندما يرى الآخرين - أنهم يريدون أن يؤذوه (حتى أولئك الذين يؤدونه بشكلٍ واضح). أو كما قال لي أحد المرضى ذات يوم: «لقد قتلت الرئيس كينيدي».

تحدث تحريفات أقل حدةً من ذلك فى جميع أنواع العصاب. فقد يرى أحد مرضى الاكتئاب مثلاً أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة أو أن يقرأ أو يقود سيارة. على أنه حين يتورط فى إحدى هذه المهام يجد أداءه كفوئاً لم يزل. وقد يشكو رجل أعمال أنه مشرف على الإفلاس، ثم يتبين من فحص حساباته أن موقفه المالى وطيد بل فى ازدهار. ونحن حين نسمى ذلك «تحريف الواقع» فإن مبررنا أن التقدير الموضوعى للموقف يناقض تقديره.

هناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً. من أمثلة ذلك أفكار من قبيل «إننى أزداد بدانة» أو

«إننى عبء على أسرتى» وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر، مثل «لا أحد يحبنى». فى مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، خاصة إذا كان المريض قد تدرّب على تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، تزودنا بمعمل ممتاز لكشف التحريفات. وهناك، بعد، تحريفات يتيبها المعالج على الفور. مثال ذلك أن يعرب مريضٌ يكنُّ له المعالج مشاعر دافئة عن اعتقاده بأن المعالج لا يحبه.

التفكير غير المنطقى

هناك أحوالٌ لا يكمن فيها الخطأ فى تقدير المريض للواقع بل فى النظام الذى يتخذه فى بناء الاستدلالات واستخلاص النتائج من الملاحظات: يسمع المريض ضوضاء بعيدة فيستنتج أن أحداً قد أطلق عليه النار من مسدسه. فى مثل هذه الحالات إما أن تكون المقدمات الكبرى خاطئة أو أن العمليات المنطقية مغلوطة. فهذا مريض بالاكئاب يلاحظ أن هناك تسريباً بأحد صنابير الحمام، وأن الشعلة الدائمة بالموقد قد نفذت، وأن إحدى درجات السلم مكسورة فيستنتج: «إن المنزل برمته فى تدهور». لقد كان المنزل بحالة ممتازة (باستثناء هذه المشكلات الصغيرة). الخطب أن صاحبنا قد ارتكب تعميماً مفرطاً غاية الإفراط. وينفس النهج فإن المرضى الذين يعانون مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر كثيراً ما يبدأون من مقدمات خاطئة. فذلك الذى دأب على تنفير الغير من صحبته بسبب عدوانيته الزائدة قد يكون تصرفه خاضعاً لقاعدة: «إذا لم أزع الناس عن طريقى أراحونى». أما المثبِّط الهيباب فقد يكون سائراً على هذا المبدأ دون تمييز: «إذا فتحت فمى فسينقض على الجميع».

التعاون العلاجى

لبعض العوامل أهمية فى جميع أشكال العلاج النفسى، غير أنها فى العلاج المعرفى تغدو حاسمة جوهرية بشكل استثنائى. فمن المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض هو مكونٌ أساسى لأى علاجٍ فعال. فحين يتخبط الطرفان فى اتجاهات مختلفة، كما يحدث أحياناً، فإن ذلك يصيب المعالجَ بالإحباط والمريض بالكرب. إن من الأهمية بمكان أن ندرّك

أن كلاً من مقدم الخدمة (المعالج) ومتلقيها (المريض) قد يتصور العلاقة العلاجية بشكلٍ جدٍ مختلف. فالمريض مثلاً قد يتصور العلاج كعملية تشكيل كتلة من الصلصال يقوم بها رمزٌ إلهي كلي القدرة والعلم. وللحد من مثل هذه المخاطر يتعين على كل من المريض والمعالج أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد أى المشاكل يتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف. إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم في تحديد نتائجه. لقد أثبتت إحدى الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذى يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيراً عكسياً فى النتائج المحصلة. ومن جهة أخرى بدا أن تلقى المريض لبعض التعليم المبدئى عن الصنف العلاجي المختار يعزز من تأثير هذا العلاج (Orme and Wender, 1968).

كما يتعين على المعالج أن يلتفت إلى التقلبات التى تعترى مشكلات المريض من جلسة إلى أخرى. فكثيراً ما يصوغ المرضى «جدول أعمال» يضم الموضوعات التى يريدون تناولها فى جلسة بعينها. فإذا ما أهمل المعالج ذلك ولم يعره اهتماماً فإنه يضمنى على العلاقة توتراً لا داعى له. من ذلك أن يكون المريض منعصماً مهموماً بمشاحنة جديدة بينه وبين زوجته بينما المعالج متصلب فى التزامه بمخططٍ مقدّرٍ سلفاً (مثل فحص حساسيته من رهاب الأنفاق). مثل هذا التعتن من جانب المعالج قد يدفع المريض إلى أن يعرض عنه وينأى بجانبه.

من المفيد أن ننظر إلى علاقة (المريض / المعالج) بوصفها جهداً مشتركاً. فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المريض، بل بالأحرى أن يتحالف معه «ضدها» أى ضد مشكلة المريض. إن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المريض لا على عيوبه المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يفحص مصاعبه بانفصال أكبر، ويذهب عنه مشاعر الخزي والدونية والتوجه الدفاعى. إن مفهوم الشراكة partnership العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل على تغذية مرتجعة قيمة عن كفاءة الفنيات العلاجية، وعلى مزيد من المعلومات المفصلة عن أفكار المريض ومشاعره. لقد اعتدت شخصياً، على سبيل المثال، حين أستخدم «خفض الحساسية المنظم» أن أطلب من المريض أن يصف كل صورة ذهنية وصفاً مفصلاً. فكان وصفه فى أغلب الأحوال مفيداً غاية الفائدة، بل كاشفاً فى أحيان كثيرة عن مشكلات لم يتم التعرف عليها فى السابق. ومن شأن ترتيبات «الشراكة» كذلك أن تحد من ميل المريض إلى أن يسقط على المعالج دور السوبرمان. على المعالج، كما تبين لباحثين مثل روجرز وتروكس، أن يتمتع بالخصال التالية كى يأتى العلاج بثمرته فى يسر وسهولة: الدفء، الأصيل، القبول، المشاركة

الوجدانية الصحيحة والقدرة على الإحساس بمشاعر الغير على نحوٍ دقيق (Rogers, 1951, Truax, 1963). من الأسير لهذه الخصال أن تبرز وتُفعل فعلها حين يعمل المعالج مع المريض كشريك متعاون لآحين يتخذ دوراً شبه إلهي ويلبس ثوب العليم القادر.

تأسيس المصدقية

لا تبرز الاقتراحات والصياغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدرًا لبعض المشكلات. فحين ينظر المرضى إلى المعالج كنوع من السوبرمان يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة. مثل هذا التناول البليد لافتراضات المعالج وأخذها على علاتها يحرم العلاج من التصحيح الذي يمكن أن يأتي به التقييم النقدي من جانب المريض لآراء المعالج.

هناك مشكلة من صنف آخر تتعلق بالمرضى الذي يستجيبون آلياً لتصريحات المعالج بالشك والريبة. يظهر ذلك في أبلغ صورته عند مريض البارانونيا والاكنتاب الشديد. فحين يعتمد المعالج إلى كشف التحريفات التي يقوم بها المريض لصورة الواقع قد يلقي نفسه متورطاً في المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض. لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكل ما أو يجد نقطة التقاء ما بينه وبين المريض، فيشرع عندئذ في توسيع دائرة الاتفاق بدءاً من هذه النقطة. إن مرضى الاكنتاب مثلاً كثيراً ما يرين عليهم اعتقاداً بأن اضطرابهم الانفعالي سوف يدوم ويتفاقم ولن يفيد فيه علاج. فإذا كان المعالج حيال مريض من هؤلاء وتعجل باتخاذ موقف حماسي متفائل، فقد يترأى للمريض أن هذا المعالج إما كاذب ملفق أو أنه لا يعنى جسامته مرضه وعياً حقيقياً أو أنه، ببساطة، رجل أحمق. كذلك الشأن في حالة مريض البارانونيا. فحين يحاول المعالج أن يصحح آراءه المشوهة للواقع قد يدفعه في حقيقة الأمر إلى مزيد من الاعتقاد بها. وربما بدأ في اعتبار المعالج عضواً في «المعارضة» وأفرغ له دوراً محورياً داخل منظومته الضلالية.

إن المدخل الأسلم في تأسيس المصدقية هو أن نوصل للمريض رسالة من قبيل: «إن لديك أفكاراً معينة تضايقتك. هذه الأفكار قد تكون صحيحة وقد تكون غير ذلك. لنفحص الآن بعض هذه الأفكار». وباتخاذ هذا الموقف المحايد يستطيع المعالج عندئذ أن يشجع المريض

على أن يعبر عن أفكاره المحرفة، مصغياً إليها بانتباه. بمقدوره بعد ذلك أن يطلق «منطاد اختبار» يستطلع به الأمر ويجس النبض، كى يحدد ما إذا كان المريض مهيباً لفحص الأدلة المتعلقة بهذه التحريفات.

هناك اعتقاد تقليدى بأن الأفكار الاضطهادية عند البارانويين والدونية عند الاكتئابيين هي أفكار مستعصية لا ينفذ إليها العلاج النفسى ولا ينجع فيها. لعل أحد الأسباب التى أشاعت هذا الاعتقاد هو أن المعالجين كانوا يعجلون إلى تصحيح هذه الأفكار قبل الأوان وقبل التهيئة الكافية. الحق أن هذه الأفكار، بل والضلالات الثابتة، قد تسلم نفسها فى النهاية إلى شىء من التعديل والتغيير لو تحلى المعالج بالرفاهة والصبر والدأب (Beck, 1952; Davison, 1966; Salzman, 1960; Schwartz, 1963).

تشير دراسات علماء النفس الاجتماعى إلى أن الدوجماتيقية (*) dogmatism تميل إلى أن توسع الهوة بين الأشخاص ذوى الآراء المتعارضة وتحملهم على المزيد من التصلب والتطرف. كذلك الشأن فى العلاج النفسى. ولا يفوتنا أن نحذر المعالج الدوجماتيقى من أن ينخدع بصمت المريض ويظن أنه قد وصل معه إلى تسوية، بينما المريض غير راغب فى إبداء معارضته بشكل صريح. إن أحرص المعالجين وأيقظهم يجب أن يتوخى الحذر ويولى انتباهاً شديداً تجاه أية بدوات تشير إلى ما يضمرة المريض من معارضة واختلاف. والمداولة التالية توضح إحدى الوسائل الممكنة لتحديد ما إذا كان المريض على وفاقٍ حقيقى مع نصريحات المعالج:

المعالج: أما وقد سمعت صياغتي للمشكلة، فما رأيك فيها؟

المريض: تبدو لى معقولة لا بأس بها.

المعالج: عندما كنت أتحدث هل كان لديك أى شعور بأن فى حديثى جوانب قد لا

توافق رأيك؟

المريض: لست متأكداً من ذلك.

(*) الدوجماتيقية بمعناها الحديث هي الاعتقاد الجازم الإيقانى دون دليل أو بالاستناد إلى مبادئ تقليدية راسخة دون البحث عن وجه الحق فى التسليم بها. وهى ضد «النقدية» criticism «الترجم».

المعالج: لا بأس بأن تخبرني إن كان في حديثي أشياء لست موقناً بها، أو في قلبك منها شيء. أتدرى.. إن بعض المرضى لا يرغب في إبداء اختلافه مع طبيبه في الرأي.

المريض: حسناً، إن ما قلته يبدو لي منطقياً، ولكني لست في الحقيقة متأكداً إن كان قد وقر في قلبي وبلغ منى مرتبة الاعتقاد.

إن عبارات من هذا القبيل لتوحى دائماً بأن المريض لا يوافق المعالج. على الأقل جزئياً. وتلزم المعالج أن يشرع في فحص تحفظات المريض والتحقق منها، وأن يشجعه على تنفيذ صياغته والرد عليها بالحجة.

يُبدى كثير من المرضى اتفاقهم مع المعالج لا لشيء إلا لخوفهم من مناوآته وحرصهم على إرضائه. فالمريض الذي يقول: «إنني أتفق معك فكرياً لا انفعالياً» يزدونا بمفتاح لكشف مثل هذا الوفاق السطحي. تشير مثل هذه العبارات بعمامة إلى أن تعليقات المعالج وتأويلاته قد تبدو منطقية للمريض ولكنها لا تنفذ إلى قلبه ولا تمس منظومته الاعتقادية الأساسية (Ellis, 1962). فهو ما يزال يتصرف وفقاً لأفكاره الخاطئة. بل إن الملاحظات السلطوية التي تروى للمريض وتشفى توفقه إلى تفسير لشقائه قد تمهد السبيل للحية أمل كبيرة عندما يجد ثغرات في هذه الملاحظات والصياغات. لذا نقول إن ثقة المعالج في دوره كخبير يجب أن تمتزج بكثير من التواضع. فالعلاج النفسي يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والصياغات لتحديد الأنسب من بينها والأوفق.

يشكل التفكير الضلالي اختباراً حاسماً لثقة المريض في المعالج. ومن الحكمة بوجه عام ألا يعتمد المعالج إلى مهاجمة الضلال مباشرة. فإن لم يسع المعالج أن يتحدى الضلال ذاته فبوسعه أن يعين المريض على احتماله. ولنأخذ لذلك مثلاً: فهذا رجل مُسن مصاب بمرض جسمي خطير، أخذ اعتقاداً ضلالي بأن زوجته (المسنة) على علاقة بطبيبيها الشاب. فجعل هذا الرجل يوبخ امرأته ويتهمها بالخيانة. كانت تلك الاتهامات مزعجة لزوجته لدرجة أنها فكرت جدياً في تركه. فحدثه طبيبه النفسي قائلاً: «إنني لا أملك دليلاً بشأن صحة اتهاماتك لزوجتك. ولكن ما يهمني هو أنك يجب أن تبصر بجرائر سلوكك. كيف تصير الأمور إذا ما تباديت في اتهام زوجتك وتبكيتهما؟». في البداية كان رد المريض هو أنه لا يهمه شيء. عندئذ قال الطبيب النفسي: «إذا ما تركتك زوجتك فمن سوف يردك ويعتني بك؟». هذا السؤال هو الذي حمل المريض على أن ينعم النظر في عواقب أفعاله، فلم يعد يكيل الاتهامات لزوجته وتحسنت علاقتهما بل صار الرجل يحس بود كبير تجاه امرأته. من

المحتمل أيضاً أنه كفه عن الاتهامات قد خففت من حدة ضلالات الخيانة وأضعفه وإن لم يكن لدينا دليل مباشر على هذا الحدس .

من الجائز في الحالات الأقل شدة أن يتعامل المعالج مباشرة مع الأفكار المغلوطة، على أن يتحلى بالحصافة ويقدر مدى تقبل المريض لعبارة فيها تحذُّر لتصوراته المحرفة. قد يثير حقن المريض أن تقول له إن أفكاره خاطئة، ولكنه قد يستجيب إيجابياً لسؤال مثل: « هل هناك تفسير آخر لسلوك زوجتك؟ ». وما دامت محاولات المعالج للتفسير والتوضيح في حدود مقبولة من جانب المريض، تظل فجوة المصادقية بينهما كأضيق ما تكون .

اختزال المشكلة

كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد يستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات . فقد يلتمس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات مثل الأرق والقلق وألوان من الصداع بالإضافة إلى مشكلات بينشخصية . حينئذ لا مفر مما يسمى « اختزال المشكلة » *Proben reduction* أى تعرف المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معاً . وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخير الفنيات المناسبة لكل مجموعة منها .

ولنأخذ على ذلك مثلاً بحالة المريض الذى يعانى من رهابات متعددة . فلمرأة التى عرضنا لها فى الفصل السابع كانت تعانى بشكلٍ معوقٍ من خوف الطائرة والسياسة والمشى السريع والجري والرياح الشديدة والطقس الحار الرطب . فى مثل هذه الحالة فإن علاج كل رهاب على حدة عن طريق « خفض الحساسيه المقطم » قد كان يتطلب جلسات علاجية لا تُحصَى عدداً غير أننا استطعنا العثور على قاسم مشترك لكل تلك الأعراض : هو خوفها المسيطر من الاختناق . لقد كانت هذه المرأة تعتقد أن كلاً من تلك المواقف الرهابية يمثل خطر الحرمان من الهواء، وبالتالي الاختناق . ومن ثم اتجه تركيزنا العلاجي مباشرة إلى هذا الخوف المركزى .

يمكن تطبيق مبدأ « اختزال المشكلة » أيضاً بشأن الأعراض المتنوعة التى يشملها مريض معين كالاكتئاب . فحين يتركز العلاج على عناصر محورية معينة مثل نقص اعتبار الذات أو التوقعات السلبية يمكنه أن يثمر تحسناً فى المزاج وفى السلوك الظاهر والشهية ونمط النوم، فهذا

مريض، على سبيل المثال، كان كلما مر بخبرة سارة أفسدت بهجته فكرةً منغصة. فما يكاد مثلاً يحس بمتعة لدى استماعه للموسيقى حتى يحدث نفسه: « هذا التسجيل سينتهى سريعاً » فتزول متعته للتو. وما يكاد يجد في نفسه هناءً ما يفيلم سينمائي أو بموعد مع فتاة أو بمجرد المشي، حتى تحدثه نفسه: « سينتهى هذا سريعاً » فتخمد بهجته على الفور. في هذه الحالة أصبح التركيز العلاجي منصباً على ذلك النمط الفكري الذى يفيد أنه عاجز عن الاستمتاع بالأشياء لأنها سوف تزول.

في حالة ثانية كانت بؤرة التركيز هي استغراق المريضة في الجوانب السلبية من حياتها وإغفالها الانتقائى لمجرياتها الإيجابية. وتألّف العلاج من جعلها تسجل وتستعيد الخبرات الإيجابية في حياتها. وكم كانت دهشتها لكثرة الخبرات السارة التى مرت بها ثم تناستها ولم تعد تذكرها.

ثمة صورة أخرى من صور « اختزال المشكلة » تتمثل في تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض. ومن طرائف الأمور أن الحلقة هذه قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها وسهل الاستئصال على ما جرّته وراءها من عواقب مُقعدة. إن المرء - على سبيل المماثلة analogy - ربما يتولى أماً ويعجز عن المشى والأكل والاسترسال في الحديث وعن تأدية أقل نشاط بناء من جراء « ذرة » في عينه. تتواتر « متلازمة ذرة العين » هذه بين المرضى النفسيين بكثرة تفوق كل الظنون. غير أن التأخر في اكتشاف المشكلة البدئية وتناولها يتيح للمصاعب الناجمة منها أن تتمكن وترسخ. كشأن تلك المرأة التى كانت تخشى أن تترك أولادها بالمنزل مع حاضنة baby - sitter، فلازمتها رهبة الخروج وبقيت رهينة بالمنزل سنواتٍ طويلةً بعد أن كبر أبنائها وبلغوا سن النضج.

بمراجعة دعوب لأعراض المريض وتاريخ المرض يمكننا فى الأغلب تحديد التتابعات السببية. ويكون من اقتصاد الجهد والفكر بصفة عامة أن نركز على تلك العوامل التى يتبين أنها الأساس الذى تقوم عليه بقية الأعراض وتنتج عنه. فهذا على سبيل المثال طالب دراسات عليا ذو تاريخ طويل من الاكتئاب. تلقى هذا الطالب علاجاً نفسياً يتألف من محاولات فاشلة من جانب المعالج لرفع اعتباره لذاته وخفض انتقاده لها. بالإضافة إلى تجريب كل مضادات الاكتئاب المتوافرة فعلياً بالسوق. إلا أنه بقى على حاله حزيناً مستوحشاً مسكوناً بهواجس انتقاض الذات، وظل مضطرب النوم فاقد الشهية واهن الجسم وهناً مزماً.

بعد تحليل مفصّل لظروف هذا المريض الماضية والحاضرة بزغ النمط التالى: لقد كان هذا

الشباب يعانى من عدد من الرهابات المزمنة: مخاوف من الخروج بمفرده، ومن الأماكن المفتوحة، ومن الرفض الاجتماعى. غير أن ظروفه كانت تسعفه طيلة سنوات الدراسة المدرسية بما يغالب به مصاعبه ويعوض ضعفه. فحيث كان يعيش فى بيت الأسرة كان يجد دائماً من يرافقه إلى المدرسة. وكان أصدقاؤه يصحبونه فى المواقف الاجتماعية الجديدة فيخففون عنه من خوف الرفض الكامن فى نفسه. وقد أمكنه فى ظل هذه المنظومة من التدعيمات والمساندات أن ينهى دراسته الجامعية بسلام ويقضى حياة اجتماعية مرضية. لم تُعجزه الرهاباتُ فى هذه المرحلة إذ تيسرت له سبلُ لمراوغتها والإفلات من قبضتها.

فلما أزم أوان الدراسات العليا وتعين عليه أن ينتقل إلى مدينة بعيدة انكشف اكتئابه وأسفر عن وجهه. وإذا صار بمعزل بدأ القلق الشديد يتملكه. وكلما أزمع السير إلى محاضرة أخذ الخوف من كارثة جسمية توشك أن تنزل به حيث لا أحد هناك ينتقده. ورأى من الأسلم أن يلبث بشقته على مقربة دائماً من الهاتف حتى يمكنه استدعاء العديد من الأطباء الذين عقد بهم صلة. ورغم أنه تمكن من أن يحمل نفسه على الذهاب إلى المحاضرات فقد كان السفر بالنسبة إليه مصحوباً بكثير من القلق. وكان يهرع عائداً إلى غرفته عندما تنتهى المحاضرات. ولم يكون صداقات جديدة لأن القلق كان يساوره كلما حاول أن يقيم صداقةً مع طالب آخر. فكان من ثم يتجنب المواقف الباعثة على القلق قدر المستطاع. وتراكم تأثير الحرمان التام من التفاعل الاجتماعى فى صورة مشاعر الوحدة والتشاؤم والتبلد والعلامات الفسيولوجية للاكتئاب.

هذا هو التتابع السببى الحقيقى لهذه الحالة أعدنا بناءه. وعلى أساس هذا البناء قمنا بالتركيز على الرهابات أساساً وليس على الاكتئاب فى ذاته. واستخدمنا فى علاج هذه الرهابات فنيات «خفض الحساسية المنظم» حيث كان هذا المريض يتصور فى ذهنه مشاهد لكوارث جسمية، إلى جانب مجموعة منفصلة من مشاهد الرفض الاجتماعى. وكنا نشجعه على أن يقاوم ميوله التجنبية ويعرض نفسه بالتدرج للمواقف التى اعتاد أن يرهبها. واستطاع صاحبنا فى النهاية أن يغادر شقته دون قلق وأن يشترك فى حوار مع شخص غريب. هذا الإحساس بالإنجاز لاشك أذهب عنه بعض أعراض الاكتئاب. غير أن الأعراض الاكتئابية المتبقية كانت بعد كبيرة. إلا أنه إذ تمكن من قهر استجاباته الرهابية استطاع شيئاً فشيئاً أن يقيم علاقات جديدة وأن يحصل على الإشباع الذى كان يفترقه. وإذ جعلت إشباعاته الناتجة من نشاطه الاجتماعى تزداد وتطرد زايه الاكتئاب وتم شفاؤه.

تعلم التعلم learning to learn

ليس من الضروري، كما أوضحنا في الجزء السابق، أن يساعد المعالجُ مريضه على أن يحل كل مشكلة تزعجه. ولا هو من الضروري أن يتوقع كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً. إن هذا الصنف من التعاون العلاجي الذي فصلناه آنفاً هو موصل جيد لصنفٍ خاص من التعلم: فهو يعلمُ المريض أن ينمى طرقاً جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات. إن المريضَ بمعنى ما «يتعلم أن يتعلم». وقد أُطلقَ على هذه العملية «التعلم الثانی» (Bateson, duetero - learning (1942).

إن هذا المدخل العلاجي، مدخل «حل المشكلات»، يضع عن كاهل المعالج كثيراً من المسؤولية ويدفع المريض للاشتراك بنشاط أوفر في التعامل مع صعوباته. إنه يقلل اعتمادية المريض على المعالج فيزيد بذلك ثقته بنفسه واعتباره لذاته. وربما يكون أهم من ذلك أن طريقة المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات عديدة وتأملها، توفر معلومات أكثر بكثير مما تتيحها أى طريقة أخرى. كما أن مشاركة المريض في صنع القرار تساعده بالتأكيد على تنفيذه.

وقد كنت أشرح لمرضى مفهوم حل المشكلات بطريقة قريبة من هذه: «من أهداف العلاج أن يساعدك على تعلم طرق جديدة لتناول المشكلات. حتى إذا ما عنت المشكلات أمكنك أن تطبق الصيغ التي فرغت من تعلمها. عندما كنت تتعلم الحساب مثلاً كنت تكتفى بتعلم القواعد الأساسية ولم يتوجب عليك أن تتعلم كل حاسبة جمع أو طرح ممكنة. فبمجرد أن تعلمت العمليات ذاتها أمكنك أن تطبقها على أى مسألة حسابية».

ولكى نوضح فكرة «تعلم التعلم» لنمعن النظر في المشكلات العملية والبيئشخصية التي تدخل في الأعراض المختلفة لأحد المرضى. فهذه امرأة، على سبيل المثال، كانت مبتلاة دائماً بالصداع ومشاعر التوتر وآلام البطن والأرق. وحين ركزت على مشكلاتها بالعمل والمنزل أمكنها أن تجد بعض الحلول لها وقل تعرضها للأعراض السابقة. وقد أمكنها، كما تمنينا، أن تعمم هذه الدروس العملية وتحل بها مشاكلها الحياتية الأخرى بحيث لا يلزمنا أن نتناول جميع مشكلاتها في جلسات العلاج.

من بين أصناف المشاكل التي كانت تسبب لها الأعراض ما يلي: كانت هذه المرأة دائماً التوتير أثناء العمل لأن رئيسها في العمل كان شديد الانتقاد. وكانت على ارتفاع أداؤها دائماً

الخوف من أن تقع فى خطأ ما فتثير حنقه . لقد نعدت حيلتها ولم تعرف لنفسها مخرجاً من هذا الوضع . لذا قمنا بتجريب عددٍ من الطرائق التى يمكن أن تستخدمها فى مناقشة المشكلة مع رئيسها بشكل مباشر . ولما تمَّ تهيؤها قالت له : «إبنى متوترة دائماً مادمت موجوداً لأننى متوجسة من أن تهاجمنى . إن هجومك علىّ لا يزيد أداىي إلا سوءاً . هذا ما كنت أود دائماً أن أجد القدرة على أن أقوله لك » . لقد أثار هذا القول دهشة رئيسها عند سماعه . ومنذ ذلك الحين قلَّ انتقاده لها .

تعلمت المريضة من هذه الخبرة أن بإمكانها أن تواجه الآخرين وتثبت لهم . وصارت قادرة فى المواقف المشابهة على أن تتعامل مع خوفها من النقد بأن تكون أكثر ثقة واعتداداً . أضف إلى ذلك أن زيادة اعتدادها بنفسها جعلها أقل حساسية للنقد .

يشمل « تعلم التعلم » ما هو أكثر بكثير من اتباع بضع فنيات يستخدمها المريض فى حل مجموعة عريضة من المواقف . فهذا المدخل يهدف فى الأساس إلى أن يزيل العوائق التى كانت تمنع المريض من الاستفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية . إن معظم المرضى هم أناس قد أعاقت نموهم النفسى - الاجتماعى مجموعة معينة من الاتجاهات وأنماط السلوك اللاتكيفية . وفى حالة المرأة ذات المشكلات العديدة بالعمل والمنزل ، فقد كانت استجابتها المميزة كلما واجهت علاقات حساسة أو مشكلات عملية جديدة هى : « لا أدرى ماذا أفعل » . وبفضل العلاج كانت كل خبرة ناجحة (تحت) شيئاً من هذا الاتجاه السلبى . وبالتالي تمكنت من أن تستند إلى براعتها الخاصة فى مواجهة المواقف الشديدة التباين والسيطرة عليها .

من دأب المرضى بوجه عام أن يتجنبوا المواقف التى تسبب لهم الحرج . وهم بالتالى لا تتكون لديهم فنيات المحاولة والخطأ التى هى شرط أساسى لحل جميع المشكلات . أو قل إنهم يبقائهم خارج المواقف الصعبة لا يتعلمون كيف يتخلصون من ميلهم إلى التحريف أو المبالغة . فالشخص الذى لا يتعد عن بيته خوفاً من الغرباء لن يتأتى له أن يتعلم كيف يختبر صدق مخاوفه أو كيف يفرق بين الغرباء المسالمين والغرباء الخطيرين . وهو من خلال العلاج يمكنه أن يتعلم أن يختبر هذه المخاوف (بل وغيرها) اختبار الواقع .

إن الإحساس بالتحكم والسيطرة الذى يحدث من جراء حل إحدى المشكلات ، كثيراً ما يلهم المريض أن يتناول غيرها من المشكلات التى طالما تجنبها وأن يحلها . هكذا لا يكون عائد العلاج الناجح هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب ، بل هو أيضاً تغيير سيكولوجى دقيق يؤهله لمواجهة التحديات الجديدة .