

الفصل العاشر

فنيات العلاج المعرفى

«إن مشكلة الحرية، بمعناها السيكولوجى لا السياسى، هى مشكلة تقنية إلى حد كبير. ليس يكفى أن ترغب فى السيادة. ولا هو بكاف حتى أن تجد وتجتهد لكى تنال هذه السيادة. فالمعرفة الصحيحة لأفضل الوسائل لنيل السيادة هى أيضا شرط ضرورى».

ألدوس هكسلى

المنهج التجريبي

إن مساعدة المريض في التعرف على تحريفاته وتصحيحها هي عملية تتطلب استخدام مبادئ إبستمولوجية معينة (الابستمولوجيا تعنى المعرفة من حيث طبيعتها وحدودها ومعاييرها). إن المعالج لينقل إلى المريض ويبلغه، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، مبادئ معينة:

أولاً: أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه. بل هو على أفضل تقدير صورة استقرابه للواقع. فالعينة التي يلتقطها للواقع هي عينة محدودة بحدود وظائفه الحسية - البصر والسمع والشم... إلخ. وهي حدود متصلة مفضولة. ثانياً: أن تأويلاته للمدخل الحسي sensory input تتوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المؤثرات وتجميعها وتفريقها، وهي عمليات عرضة بطبيعتها للخطأ. إن العمليات والمداخلات الفسيولوجية والسيكولوجية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغييراً كبيراً.

كلنا يعرف جيداً أن تحريف الواقع قد يحدث عندما يكون المرء تحت تأثير العقاقير، أو عندما يكون في حالة إجهاد أو نقص الوعي أو في حالة من الاستثارة الشديدة. وقد سبق أن رأينا أيضاً أن تقييم الواقع قد يعتريه الخلل من جراء بعض الأنماط الفكرية اللاواعية. ففي عصاب القلق، على سبيل المثال، يتمثل المريض بجميع المؤثرات، حتى المأمونة منها، بطريقة تجعلها توحى بالخطر وتندرب. يستلزم استخدام الفنيات السيكولوجية لعلاج هذا العصاب أن يكون المريض قادراً من الأصل على أن يميز ويدرك الفوارق بين الواقع الخارجى (المؤثرات المحايدة غير المؤذية) من جهة والظاهرة السيكولوجية (تقييم الخطر) من جهة أخرى. ليس بمقدور بعض المرضى (كمرضى الانسمام بالعقاقير ومرضى الذهان الحاد ذى الضلالات) أن يعي أو يميز هذا الفرق.

كذلك يتوجب على المريض أن يكون قادراً على أن يختبر الفروض ويمحصها قبل أن يصدق عليها ويسلم بها كحقائق. فالمعرفة التي يُعولُ عليها تعتمد جوهرياً على امتلاك معلومات كافية تسمح لنا باختبار الأصح والأقوم من بين فروض بديلة. فهذه ربة بيت يطرق سمعها صكُ باب (انغلاقه بعنف) فتقع لها فروضٌ عديدة: « قد تكون سالى عادت من المدرسة ». « قد يكون لص منازل ». « قد تكون الريح هي التي صكَّت الباب ». إن انتقاء الفرض الأرجح هنا يتوقف على أن تأخذ السيدة بعين الاعتبار جميع الظروف ذات الصلة.

غير أن تهيوها النفسى قد يفسد عليها العملية المنطقية لاختبار الفرض وتمحيصه. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر فربما تقفز إلى استنتاج «إنه لص». ذلك هو الاستدلال الاعتسافى arbitrary inference. ورغم أنه ليس بالضرورة استدلالاً خاطئاً، فإنه مبنى أساساً على عمليات معرفية داخلية أكثر مما هو قائم على معلومات حقيقية. إذا هُرعت هذه السيدة عندئذٍ إلى الفرار والاختباء فإنها تؤجل أو تفوت على نفسها فرصة دحض الافتراض (أو تدعيمه).

التعرف على الفكر اللاتكيفى

تتوجه الاستجابات الانفعالية والدوافع والسلوك الظاهر، كما بيّنا فى الفصول السابقة، بالفكر وتسترشد به. قد يكون الشخص غير مدرك تماماً للأفكار الأوتوماتيكية التى تؤثر كثيراً على أسلوب فعله وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته. غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق والاطّراد. فالحق أن بإمكاننا أن ندرك فكرة ما ونركز عليها ونقيّمها، تماماً كما يمكننا أن نتعرف على إحساس ما (كالألم) ونتأمله، أو أن نميز مؤثراً خارجياً (مثل عبارة لغوية) ونتملاه.

ويعنى مصطلح «الأفكار اللاتكيفية» maladaptive thoughts^(*) ذلك التفكير الذى يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلى بلا داع، ويؤلّد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم. إننا نناشد المريض فى العلاج المعرفى أن يركز على تلك الأفكار والصور التى تورثه ضيقاً وألماً لا مبرر لهما أو تدفعه إلى سلوك سلبى انهزامى. على أن المعالج يجب أن يتحرز حين يستخدم مصطلح «لا تكيفى» من أن يفرض منظومته القيمية الخاصة على المريض. فهذا المصطلح لا يصح استخدامه ما لم يتمكن كل من المريض والمعالج من أن يصلإلى اتفاق على أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعوق سعادة المريض أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى.

هناك استثناءات ممكنة لهذا التعريف تقفز تَوّاً إلى الذهن. فهل كل فكرة مؤرقة تُعتبر لا تكيفية حتى لو كانت متفقة مع الواقع؟ قد يبدو صعباً أن نسوِّغ استخدام صفة «لا تكيفى»

(*) الأذق أن تترجم إلى «الأفكار السيئة التكيف» لكننا آثرنا السهولة والمرونة الصرفية خاصة أن كلمة «اللاتكيفية» هى بئامن من الالتباس ولا تزاحمها معان أخرى ذات شأن «الترجم».

لتسم أحد التقديرات الدقيقة للخطر (والقلق المصاحب لذلك) أو لتسم إدراكاً لفقدان حقيقى وما يستتبع ذلك من ثورة الحزن. إلا أن هناك أحوالاً معينة تبرر لنا أن نعت بعض الأفكار الواقعية بصفة «لا تكيفية» لأنها تعوق الأداء وتعطل الوظائف. خذ مثلاً لذلك مصلحى المداخن وعمال الجسور ومتسلقى الجبال. إن هواجس السقوط وصوره قميئة أن تؤرقهم بل قد تعرضهم لخطرٍ جسيم. فمثل هذا التفكير يشتم تركيزهم عن مهمتهم وربما يؤدي القلق المصاحب له إلى الترنح والدوار والارتعاش وفقد التوازن. كذلك شأن الجراح إذا تنازعت أفكارٌ تتعلق باحتمال أن يزل مبضعه أثناء العملية الجراحية. فمن شأن هذه الأفكار أن تشتت تركيزه بالفعل وتعرض حياة المريض للخطر. يكتسب العاملون فى الوظائف الخطرة، بوجه عام، تلك القدرة على أطراح مثل هذه الأفكار وإخمادها. ويبدو أنهم بالتمرس والخبرة يُكوّنون مصداً نفسياً يخفف من شدة هذه الأفكار وتواردها. هذا «المصدّ الملطّف» buffer هو الذى يميز المتمرس المحنك فيهم من الجديد المبتدئ.

قلما يضطر المعالج فى الممارسة الاكلينيكية الفعلية إلى وضع تمييز دقيق بين الأفكار اللاتكيفية والأفكار الواقعية. فالتحريفات والسّمات الانهزامية تكون عادةً من الوضوح والجلء بحيث تبرر لنا أن نسميها «لا تكيفية». فهذا رجل مثلاً ظل مكتئباً لسنوات بعد وفاة زوجته، متجاوزاً بذلك كل حساب واقعى لآثار الفقد، وظل مسكوناً بهواجس متطرفة من قبيل «لقد ماتت بسببى» أو «لا يمكننى أن أبقى بدونها» أو «لن أجد أى عزاء إلى الأبد». ومثله ذلك الطالب خلال قلق ما قبل الامتحان إذ يحدث نفسه «ستكون نهايتى لو رسبت، ولن أجرؤ أن أواجه أصدقائى» أو «سوف أنتهى فى شارع الساقطين». ثم يدرك بسهولة بعد الامتحان تلك الطبيعة المبالغة اللاواقعية لهذه الأفكار.

يشير إليس Ellis (١٩٦٢) إلى هذا اللون من التفكير اللاتكيفى بوصفه «عبارات مُدخّلة» internalized statements أو «عبارات ذاتية» self-statements وكان يصفها للمريض بأنها «أشياء تقولها لنفسك». ويطلق ملتبسى Maultsby (١٩٦٨) على هذه الأفكار مصطلح «الحديث الذاتى» self-talk. لمثل هذه التفسيرات قيمة عملية من حيث إنها تلمح إلى المريض أن أفكاره اللاتكيفية هى شىء إرادى، ومن ثمّ فهى طوع مشيئته وبإمكانه أن يطفئها أو يغيرها بإرادته. ورغم أنى أقدر الفائدة العملية لهذه التسميات، فإنى أفضل مصطلح «الأفكار الأوتوماتيكية» لأنه يعكس الطريقة التى نخبّرُ بها هذه الأفكار بصورة أدق. فصاحب هذه الأفكار يدركها كما لو كانت تنشأ بالانعكاس - دون أى تفكر

أو استدلال مسبق. وتقع في نفسه كشيء معقول وصحيح. وهي في ذلك تعدلُ وقَع عباراتِ والدٍ في نفس ولده الواثق به المصدِّق له. بإمكان المريض في أغلب الحالات أن يوقف بنفسه هذا اللون من التفكير بعد تدريب كاف. غير أن الحالات الشديدة، الذهانات بخاصة، قد تتطلب تدخلات علاجية فسيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربائية لوقف الأفكار اللاتكيفية.

يبدو أن الأفكار اللاتكيفية تزداد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تبدى هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز المجال الفكرى. من ذلك ما نشاهده في الحالات الحادة والشديدة من الاكتئاب والقلق وحالات البارانويا. ففي الاكتئاب مثلاً قد تسيطر على ذهن المريض اجتراراتٌ من قبيل «لا أمل في..» إن داخلى قد مات.. كل المصائب تحل بي». وفي حالات القلق نجد هواجس مماثلة تتعلق بالخطر. أما في حالات البارانويا فالهواجس السائد هو الإساءة والإيذاء.

على أننا لا نعدّم حالات غير حادة وغير شديدة وهي تعج مع ذلك بالهواجس المقيمة والعبارات الملحّة المتكررة على وعي المريض وإدراك قوى. تلك هي حالات الوسواس القهرى حيث الهواجس المتواصلة علامة مميزة ومؤشر تشخيصى. بل إن من الناس من تشغله أفكارٌ مماثلة وهو سويٌّ تماماً وخلوّ من أى عصاب. فالأم المنزعجة لمرض طفلها، والطالب المهموم بامتحان وشيك... إلخ، كل هؤلاء مستهدفون لأفكار منغصة حول مشكلتهم الخاصة تراودهم بلا هوادة. ويعلم كل من جرب هذه الهموم كيف تبدو كرهية خارجة عن كل إرادة.

حين يعانى شخص اضطراباً خفيفاً فى المشاعر والسلوك، فقد تخفى عليه الأفكار الأوتوماتيكية رغم أنها تبقى بمنال وعيه. فهى لا تجذب انتباهه رغم فعلها فى شعوره وسلوكه. فى هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر على هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. تبدو هذه الظاهرة بوضوح فى مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة وفى المرضى الذين تعافوا من المرحلة الحادة لمرض نفسى.

كذلك الشأن فى حالة الأشخاص الذين مرّوا على تجنب المواقف التى تضايقهم وترزعجهم، كالرهابيين. أولئك لن يتمكنوا من إدراك أفكارهم اللاتكيفية ما ظلوا يفرضون مسافة مريحة بينهم وبين المواقف المهذّدة. غير أنهم حين تلقى بهم الظروف فى الموقف أو يتخيلون أنفسهم فيه تنشط فيهم هذه الأفكار اللاتكيفية ويمكنهم تمييزها بسهولة.

عندما يصرح مريضٌ بأنه لم يكن قَطُّ على دراية بأفكاره الأوتوماتيكية إلا بعد أن تم تدريبه على ملاحظتها، عندئذ نكون بصدد مشكلة فلسفية: كيف يتأتى أن يكون الشخصى علي غير وعى بشيء ما هو فى مجلٍ وعيه؟! رغم أن هذا السؤال يبدو مربكاً على المستوى النظرى إلا أننا جميعاً قد وقع لنا عملياً أن تعرضنا لمؤثرٍ ما دون أن ندرى به دراية واعية إلى أن نيهنا أحدٌ إليه وأظهرنا على جليته. عندئذ قد يكون تعليقنا: «أعرف أنه كان هناك طيلة الوقت ولكنى ألم ألاحظه قَطُّ». يبدو فى مثل هذا الموقف أن الإدراك كان قائماً ولكننا لم نلتفت إليه ولم نعه أى انتباه. وليس ما يمنع من أن يكون هذا الإدراك قد فعل فعله فى مسار فكرنا وشعورنا خلال الموقف. من أمثلة ذلك أن يجد الشخص نفسه عاجزاً عن النوم دون أن يدري أن ضجره وتلمله هما من أثر أصوات مؤرقة من مثل تكات الساعة أو المرور الكثيف. كذلك تجرى الأفكار الأوتوماتيكية فى مجال الوعى دون أن يلاحظها الشخص، إلى أن يتم تدريبه فيعرف كيف يوجه انتباهه إليها ويلتقطها ويحدد محتواها.

ملء الفراغات

ليست هناك صعوبةٌ تُذكر فى التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية ما دامت سائدة ماثلة فى مركز الوعى. إنما تبرز الصعوبة فى الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب، حيث يتوجب أن ندرّب المريض على تحديد تلك الأفكار خلال برنامج منظم من التعليمات ومن جلسات الممارسة. وفى بعض الأحيان يكون تخيل الموقف الصدمي كافياً لإثارة هذه الأفكار لدى الفرد.

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على تبين أفكاره الأوتوماتيكية أن ندرّبه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها. قد يذكر المريض عدداً من الظروف التى أحس فيها بكدر لا مبرر له. فى هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر والاستجابة الانفعالية. ويكون باستطاعة المريض أن يفهم سرّ كدره الانفعالى إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التى وقعت له خلال هذه الفجوة.

صمّم إليس الفنيات التالية لكى يوضح للمريض هذا الإجراء. وقد أسمى هذا التتابع الذى أشرنا إليه ABC، حيث A هى المؤثر المثير Activating stimulus و C هى الاستجابة

الشرطية Conditioned response المفرطة وغير الملائمة، و B هي الفراغ Blank الكائن في ذهن المريض، والذي يمكن حين يملأه أن يكون بمثابة جسر يصل بين A و C. بذلك يصبح ملء الفراغ - بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض - هو المهمة العلاجية الأساسية.

من أمثلة ذلك هذا التتابع الذي رسمه أحد المرضى: A هو رؤية صديق قديم، C الإحساس بالحزن. وهذا الذي رسمه مريض آخر: A سماع تقرير عن وفاة شخص ما في حادث سيارة، C الإحساس بالقلق. في هذين المثالين استطاع المريض أن يستعيد الأحداث بالحركة البطيئة كما وقعت، واستطاعا عندئذ أن يتذكرا الأفكار التي وقعت لهما في أثناء الفجوة. فرؤية المريض الأول للصديق القديم قد أثارت B وهي سلسلة الأفكار التالية: «لو أنني حييت بوب فقد لا يتذكرني.. فقد يعبرني بازدراء.. لقد مرزمن طويل ولم يعد يجمعنا شيء، ولن نكون منسجمين كسالف العهد». هذه الأفكار هي التي أثارت المشاعر الحزينة C. أما المريض الذي أحس بالقلق على أثر سماعه عن حادث السيارة فقد استطاع أن يملأ الفراغ حين استحضر أنه تخيل نفسه (هو الضحية).

وقد يتضح التتابع ABC إذا أخذنا له مثلاً ذلك الخوف الشائع من الكلاب. فقد يؤكد الشخص أنه رغم عدم وجود سبب لخوفه من الكلاب فهو لا يتمالك عن القلق كلما تعرض لها. كان لى مريض يحيره لغزُ خوفه حين يكون بالقرب من أى كلب حتى لو لم يكن هناك أى احتمال أن يهاجمه (كأن يكون الكلب مسلسلاً أو داخل سياج أو أن يكون أصغر من أن يؤذيه). وقد أوصيته أن يركز على أية أفكار تعرض له في رؤيته القادمة لأى كلب.

وفي المقابلة التالية للمريض روى لى أنه قد رأى خلال هذه الفترة عدداً من الكلاب. ووصف ظاهرة قال إنه لم يكن يلحظها في السابق، وهي أنه في كل مرة كان يشاهد فيها كلباً كانت ترد له أفكار مثل: «سيعضنى هذا الكلب». استطاع المريض بتركيزه على الأفكار الوسيطة أن يفهم سرّ قلقه: إنه يعتقد أوتوماتيكياً أن كل كلب هو خطر. وقد أردف هذا المريض أنه كان يستشعر الخوف من العض حتى عند رؤية كلب «بودل» منمنم. وجعل يؤنب نفسه على مجرد التفكير في احتمال ذلك. وتبين المريض أيضاً أنه عندما كان يرى كلباً كبيراً ممسوكاً بمقود كان يهجم لنفسه بأسوء الاحتمالات وأوخمها: «سوف يقفز هذا الكلب ويعض إحدى عيني». «سوف يهجم علىّ ويعض رقبتي ويقتلني». وقد نجح المريض خلال ثلاثة أسابيع في أن يتغلب على خوفه المزمن عن طريق التعرف المتكرر على الأفكار التي تخطر له عند تعرضه للكلاب.

يمكن لتقنية «ملء الفراغ» أن تكون عوناً كبيراً للمرضى الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف البينشخصية، أو المرضى الذين يشلهم الخوف من أماكن معينة أو أبنية معينة. فهذا طالب جامعي كان يتجنب التجمعات العامة بسبب ما ينتابه في هذه المواقف من مشاعر الخجل والقلق والحزن التي لا يعرف لها سبباً. وبعد أن تم تدريبه على تمييز أفكاره وتسجيلها تبين له أن الأفكار التالية هي ما يجول بوعيه أثناء هذه المواقف: «لن يرغب أحد في التحدث إليّ.. إنهم يرون أن منظري يثير الشفقة.. إنني حقاً غريبٌ أرذل». هذه الأفكار هي التي تبعث فيه الشعور بالمهانة والقلق والحزن، وتثير فيه رغبة قوية في مغادرة المكان.

وهذا مريض آخر كان يشكو من غضبٍ شديد يمتلكه كلما كان عليه أن يتعامل مع الغرباء، سواء أثناء شراء حاجياته أو حين يسأل عن شيء أو في مجرد الحديث. وبعد جلستين تدريبيتين تكشفت له أفكارٌ بنية مثل «إنه يدفعني جانباً»، «إنه يظنني لقمة سائغة»، «إنها تحاول أن تستغلني». وما تكاد تخالجه هذه الأفكار حتى يجتاحه الغضب تجاه الشخص المذكور. إنه يميل إلى اعتبار الآخرين خصوماً، ولم يكن يفتن إلى ذلك قبل تدريبه.

كثيراً ما يأتي التفكير اللاتكيفي في شكل صوري بدلاً من الشكل اللفظي (أو بالإضافة إليه) (Beck, 1970 c): فهذه امرأة مصابة بالخوف من السير بمفردها كانت تراودها صور خيالية ترى فيها نفسها في نوبة قلبية وهي تحتضر مطروحةً بالشارع لا معين لها. وكانت هذه الصور بالطبع مصحوبةً بقلق حاد. وهذه امرأة أخرى كانت تعاني من فورة قلق تغمرها عندما تجتاز بسيارتها جسراً. وقد تبينت بالتدريب أن قلقها كان دائماً مسبوقاً بصورة بصرية لسيارتها وهي تخترق الحاجز الواقعي وتهوى من أعلى الجسر. وهذا طالب اكتشف أن قلقه لدى مغادرة السكن الجامعي ليلاً كان سببه خيالات بصرية يتصور فيها نفسه هدفاً لقطاع الطرق.

الإبعاد (أخذ مسافة) وفض المركزية distancing and decentering

بمقدور بعض المرضى الذين تعلموا التعرف على أفكارهم الأتوماتيكية أن يتبينوا بسهولة طبيعتها المهتزة غير التكيفية. إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا

منها موقفاً موضوعياً ويتأملوها بحيدة . وتسمى هذه العملية الإبعاد أو الإقصاء أو فرض مسافة distancing . ويستخدم مفهوم المسافة هنا بنفس المعنى الذى يستخدم به فى مقام الاختبارات الإسقاطية (مثل اختبار بقعة رورشاخ) ليشير إلى قدرة المريض على أن يحتفظ بالتمييز بين هيئة بقعة الحبر وتشكيلاتها من جهة، والتداعيات والخيالات التى يثيرها شكل البقعة من جهة أخرى . فاما المرضى الذين تجرفهم انفعالاتهم بالمدرجات التى يثيرها الشكل فيندمجون بالبقعة كما لو كانت هى والأشياء التى تستحضرها فى الذهن شيئاً واحداً . وأما المريض الذى يستطيع أن يسأل انتباهه من هذا التداعى ويدرك هذا المؤثر كبقعة حبر لا أكثر، فيقال عنه إنه قادر على أن « يأخذ مسافة » من البقعة .

بنفس القياس، فإن الشخص الذى يملك القدرة على تفحص أفكاره الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر سيكولوجية لا بوصفها معادلاً للواقع، يوصف بأنه قادر على أخذ المسافة . خذ مثلاً ذلك المريض الذى تخامره فكرة تقول « هذا الرجل عدوى »، فهو لو جعل هذه الفكرة بلا تردد مساوية للواقع تكون قدرته الإبداعية ضعيفة . أما إذا كان قادراً على أن ينظر إلى فكرته بوصفها فرضاً أو استدلالاً أكثر مما يسلم بها كحقيقة فإن قدرته الإبداعية جيدة، أو هو قادر على « أخذ مسافة » من أفكاره .

إن مفاهيم مثل الإبعاد distancing، واختبار الواقع، reality testing، والتثبت من الملاحظات authenticating observations، والتحقق من النتائج Validating Conclusions هى مفاهيم تنتمى إلى الإيستمولوجيا . وبلغة إيستمولوجية يمكننا القول إن الإبعاد distancing هو تلك القدرة على التمييز بين « أنا أعتقد » I believe (أى أعتقد رأياً يخضع للتحقق والتثبت) و « أنا أعرف » I Know (أى أعرف حقيقة ثابتة لا تقبل الدحض) . لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة فى تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشوية .

ينشأ التحريف الفكرى الجسيم فى عديد من الأمراض النفسية (القلق، الاكتئاب، حالات البارانويا) من ولع المريض بشخصنة personalization الأحداث التى لا تمت إليه بصلة سببية . مثل ذلك الرجل الاكتئابى الذى ينحى على نفسه باللوم لأن النزهة العائلية التى حدد موعدها تعين إلغاؤها بسبب الأمطار . ومثل تلك المرأة المصابة بالقلق إذ شهدت مبنى يحترق فهجس فى بالها أن منزلها ربما شب فيه حريق أيضاً . ومثل ذلك البارانوى الذى لمح تقطيعاً فى وجه أحد المارة فاستنتج أنه ربما يريد أن يؤذيه . تُسمى التقنية التى يتم بها صرف المريض عن النظر إلى نفسه بوصفها بؤرة كل الأحداث باسم « فُض المركزية » (أو فض التمركز)

decentering . وفيما يلي حالة تمثل التطبيق الناجح لهذه الطريقة (Schuyler, 1973).

فهذا طالب دراسات عليا كان يعاني من قلق شديد قبيل الامتحانات . وكان قلقه يشتد ويتفاقم بسبب تأويله لأية أعراض فسيولوجية (ضيق التنفس، الخفقان... إلخ) كعلامة على نوبة قلب وشيكة . كان لهذا الطالب فلسفة في القضاء والقدر يعتقد بموجبها أنه قد كُتب عليه الشقاء . وحين تقدم لنيل درجة متقدمة اجتاز الامتحان التحريري ولكنه رسب في الشفوى . وقد فسّر ذلك بأنه دليل على أن القدر يناصبه العدا، رغم علمه بأن قلقه الشديد هو الذي أفسد عليه الامتحان الشفوى .

وفي اليوم الذي حان فيه ميعاد الامتحان الشفوى الملحق كانت الأرض مغطاة بالثلوج، فانزلق عليها وهو في طريقه وسقط على الأرض وانتابه قلقٌ عظيم . وإذا كان قد تدرّب على كشف أفكاره فقد تعرف على هذه الفكرة التي خالجت في ذلك الحين : « لقد وضع لي القدر هذا الثلج لكي أسقط » . عندئذ تذكر حديث معالجه عن ميله إلى « شخصنة » الأحداث الخارجية . فتفرّس فيما حوله فإذا الآخرون أيضاً يتزحلقون، والسيارات تنزلق جانبياً على الثلج . حتى الكلاب كانت تزل أرجلها وتسقط حين وقع له هذا الوعي (أن الثلج ليس ابتلاءً خاصاً به بالذات) زايله القلق، واستعاد هدوءه واتزان .

التثبت من النتائج

يميل عامة البشر إلى الثقة بأفكارهم . وقلما يرتاب الواحد منهم في صحة أفكاره . فهو يعتبرها صورة مصغرة (علماً أصغر) للعالم الخارجي . ويلصق بها نفس الدرجة من قيمة الصدق Truth value (*) التي يلصقها بمدركاته الحسية للعالم الخارجي .

وحتى بعد أن يتمكن المريض من التمييز الواضح بين عملياته الذهنية الداخلية من جهة والعالم الخارجي الذي يثير هذه العمليات من جهة أخرى، يبقى من المتوجب علينا أن نرشده عن طرق اكتساب المعرفة الدقيقة . فالناس يقومون في كل لحظة بوضع فروض وبناء استدلالات . ويميلون إلى اعتبار استدلالهم مكافئاً للواقع وإلى التسليم بفروضهم كما لو

(*) هناك قيمتان للصدق في المنطق التقليدي هما : الصدق والكذب . على أن هناك أنواعاً من المنطق تستخدم ثلاث قيم للصدق : الصدق، والكذب، وعدم التحديد . « المترجم » .

كانت حقائق صلبة . وهم في الظروف العادية قد يحققون مستوى جيداً من التكيف والأداء لأن فكرهم قد يكون متفقاً مع الواقع بحيث لا يعيق تكيفهم وأدائهم .

أما في حالات العصاب فقد يكون للمفاهيم المحرفة تأثير معطل . فمن شأن هذه المفاهيم المحرفة أن تؤدي إلى تفكير مغلوط في مجالات معينة من الخبرة . في هذه القطاعات المحددة تفضى المفاهيم المحرفة إلى ضربٍ من الأحكام المهوَّشة undifferentiated الشمولية بدلاً من أن تهدي الشخص إلى تمييزاتٍ دقيقةٍ مرهفة تضيء له تضاعيف الواقع وثناياه وتهيئه للانسجام معه . فكثيراً ما نجد المريض (كما أشرنا في الفصل الرابع) يتكبد المنطق ويقفز إلى استدلالات اعتسافية وتعميمات مفرطة ونهويلات ومبالغات .

يمكن للمعالج النفسي أن يستخدم فنيات معينة لكي يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبررة . وحيث أن المريض قد اعتاد إقامة تحريفات وتشويهات فإن مهمة المعالج تنحصر أساساً في استكشاف النتائج ومضاهاتها بالواقع . إن مهمته هي أن يشترك مع المريض في تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج .

تغيير القواعد

رأينا أن الناس تستخدم قواعد معينة (صياغات ، معادلات ، مقدمات) في تنظيم حياتها الخاصة وفي محاولة تعديل سلوك الآخرين . بل إنهم يطلقون الأسماء والنوعت ويفسرون الأمور ويقبمونها وفقاً لمجموعة من القواعد . حين تكون هذه القواعد مصوغة في حدودٍ مطلقة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة أو غير معتدلة ، فكثيراً ما تؤدي إلى سوء التوافق ، وكثيراً ما تفضى في النهاية إلى لونٍ من ألوان الاضطراب : القلق ، الاكتئاب ، الرهاب ، الهوس ، حالات البارانونيا ، الوسواس . وحين تؤدي القواعد إلى صعوبات ومشكلات فهي غير تكيفية بحكم التعريف .

يطلق إليس (١٩٦٢) على مثل هذه القواعد اسم « الأفكار اللامعقولة » irrational ideas وأرى أن هذا المصطلح ، رغم قوته ، غير دقيق . فليست هذه الأفكار في عمومها غير معقولة ، بل هي مطلقة شمولية مغالية إلى حد بعيد . وهي مفرطة في الشخصنة ومستخدم

باعتراف شديد . وهى بذلك لا تسعفه ولا تعينه على مطالب العيش ومقتضيات الحياة . لكى تصير القواعد مُجدية له وأدنى إلى النفع والفائدة يجب أن يُعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة وأقل تمركزاً على الذات . فإذا ما ثبت أنها زائفة وانهزامية وغير عملية فعلي المريض أن يطرحها من مخزونه ويستبدل بها، بمساعدة المعالج، قواعد أخرى أكثر واقعية وتكيفاً .

ونظراً لأن بقية الكتاب قد استخدموا مصطلحات من قبيل «الاتجاهات» attitudes ، «الأفكار» ideas ، «المفاهيم» concepts ، «البناءات» constructs ، لتشير إلى ما نعبه بلفظ «القواعد» rules ، فسوف نستعمل هذه المصطلحات فى دراستنا الآتية بطريقة تعاوضية . فبغض النظر عن المصطلحات المستخدمة، يقرر كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاتكيفية أو أطراحها وتبني اتجاهات أكثر واقعية، قد أدت إلى زوال الأعراض المعوقة من قلق ورهاب واكتئاب . علي أن المعالجين يغفلون أحياناً عن الحقيقة الواضحة وهى أنهم لا يلزمهم أن يغيروا افتراضات المريض الخاطئة وأساطيره الشخصية ما لم تؤدّ به إلى مصاعب أو تورثه مشكلات . فالمعالج ليس مفوضاً بأن يعلم المريض أن يكون «رجل نهضة» .

يبدو أن محتوى القواعد الخاصة بتشفير الخبرات وتسيير السلوك تدور حول محورين رئيسيين: الخطر فى مقابل الأمان، والألم مقابل اللذة . أما المرضى فتبرز مصاعبهم فى تقديراتهم للخطر والأمان، أو فى مفهوماتهم عن الألم والإشباع .

تشمل القواعد المتصلة بالأمان والخطر كلاً من الضرر الجسمي والضرر السيكولوجي (انظر الفصل السابع) . أما الهموم المتعلقة بالضرر الجسمي فتغطي نطاقاً عريضاً من المواقف الخطرة: أن يهاجم المرء أو يُقتل بواسطة بشر أو حيوانات، أن يُصاب أو يقتل من جراء سقوطه من مكان مرتفع أو باصطدام (كما فى حوادث السيارات)، الحرمان من الهواء حتى الاختناق أو من الطعام حتى الموت صبراً . بديهى أن هذه الأحداث المؤذية كائنةً فى العالم الواقعي . ومن أجل البقاء يسترشد الناس بـ « دليل القواعد » الذهنى لتأويل المواقف الخطرة وتقدير درجة الخطر . وتأتى المصاعب من التأويل المغلوط والتقدير الخاطئ . فكل من المتخوف المرتاع حيث لا خطر والطائش المتهور حيث لا أمان يفتقدان القواعد الصحيحة، أو هما لا يطبقانها التطبيق الصحيح .

أما الضرر النفسى - الاجتماعى فيشمل مختلف مشاعر الاستياء والخزى والهرج والحزن التى تلحق بالشخص حين تناله إهانة أو نقد أو رفض . وهنا يجب أن نلاحظ أن هذه المشاعر

يمكن أن تساوره حين « يفكر »، مجرد تفكير، أنه أهين أو انتقد أو رُفِضَ، في حين أن شيئاً من ذلك لم يحدث في الواقع. ويجب أن نلاحظ أيضاً أن الرفض أو النقد لا يترك أى علامة دالة كما هو الشأن في حالة الأذى الجسمي الذي ينطوي على مؤشر دقيق لدرجة الإصابة (التزيف مثلاً أو الألم المحدد). فالشخص الذي رُفِضَ أو أهين يحس باستياء ما، دون أن يكون بإمكاننا أن نتبين ما إذا كان استيأؤه قائماً على إهانة حقيقية أو على وهم الإهانة.

لكي يخفضَ الناسُ الخطرَ إلى أدنى حد فإنهم يستخدمون قواعد لتقدير احتمالات الخطر ودرجته، وإمكانات النجاح في التعامل معه. فصفة الخطر يمكن أن تطلق على نسبة [الضرر الممكن - إلى - آليات التكيف]. فإذا ما بالغ شخصٌ في هذه النسبة وغالى في تقدير درجة الخطر فهو يحملُ نفسه قلقاً لا داعى له ويضيقُ نطاقَ حياته بلا مبرر. أما إذا استخفَّ بالخطر ولم يقدر حجمه الصحيح فهو يعرضُ نفسه للحوادث ويلقى بنفسه إلى الهلاك.

تتسم القواعد المستخدمة في العلاقات بينشخصية بشيء من الغموض وعدم التحدد. فهي علاقات معقدة بطبيعتها، ولا يتوافر فيها للشخص مؤشر أمين يقيس به نوايا الشر عند الشخص الآخر بشكل دقيق. يرى بعضُ الناس أنه سهل الانجراف في جميع العلاقات الشخصية، وهو بذلك يحس على الدوام أنه على حد موسى. بينما يغفل البعضُ إشارات الآخرين ونُدُرهم فيقعون بطبيعة الحال في مصاعب بينشخصية متكررة.

ولما كانت معظم مشكلات المرضى تنشأ في سياق العلاقات بينشخصية، فسوف نبدأ ببحث بعض الاتجاهات بينشخصية الشائعة. يمكن أن نلخص المخاطر بينشخصية في قاعدةٍ مثل: «إنه لشيءٌ مروّعٌ أن يستهين بى شخصٌ ما». قد يكون هذا الشخص الآخر صديقاً قريباً أو والداً أو قريناً أو أحد المعارف أو أحد الغرباء. وتدلنا الممارسة الإكلينيكية على أن عامة المرضى يخشون بالأكثر من استهانة القرناء - زملاء الفصل أو زملاء العمل أو زملاء المهنة أو الأصدقاء. على أن البعض يخاف بالأكثر من الغرباء ومن احتمال أن يبدو لهم أحمق مثيراً للسخرية؛ فأكثر تخوفه هو من ردود أفعال موظف في محل أو نادل في مطعم أو سائق تاكسى أو ركاب في حافلة أو عابر في طريق. قد تكون هذه الاستجابات أكثر تهديداً لهؤلاء المرضى لأنهم لم يتعلموا من الخبرة المباشرة ماذا عليهم أن يتوقعوا من هؤلاء الغرباء في هذه المواقف.

قد يرهب شخصٌ موقفاً ما يرى أنه عُرِضَ فيه لانتقادات الآخرين (جهراً وسراً). لقد نَمَت به حساسيةٌ خاصة تجاه المواقف التي قد تكشف بعض نقاط ضعفه أو نقائصه. وقد

يكون خوفه منصباً على رفض الآخرين له بسبب ارتبائه، أو بسبب خوفه البادى من الرفض .
فى الحالات الأكثر شدة قد يخشى الفرد من فقد التحكم فى نفسه : أن يبدو شديد الانفعال
أو أن يُغى عليه أو يتصرف بجنون .

قد يتخيل المريض من الغرباء كل صنوف الاستجابات السلبية ودرجاتها، بدءاً من النظرة
المتحجرة حتى الشجب الصريح . ومن الضرورى أن نفهم أنه يعتبرها جميعاً بالغة السوء .
وعندما نسال المرضى لماذا يعدون انتقاد أحد الغرباء لهم شيئاً بالغ السوء يتحيرون فى تفسير
ذلك، ويتضح أنهم يعتبرونه من المسلمات : إنه شيء سيء « بحكم التعريف » by
definition . إنهم مسكونون بفكرة غامضة مفادها أن الرفض أو النقد من شأنه أن يشوه إلى
الأبد صورتهم الاجتماعية وصورتهم عن أنفسهم بشكل أو بآخر .

هذه حالة لطالب طب توضح المدخل العلاجى للتعامل مع مثل هذا الخوف من النقد .
كان هذا الطالب دائم الانكماش والتخاذل فى مواقف عديدة تتطلب توكيد الذات . كان
يخجل مثلاً من أن يسأل غريباً عن الطريق، أو يراجع أمين صندوق فى قائمة حسابه أو يرفض
فعل شيء طلب منه أو يطلب من أحد خدمة ما أو يتحدث أمام جمع . وفيما يلى مقتطفات
من المناظرة الأكلينيكية تبين المدخل المستخدم فى علاج هذا الطالب :

المريض : إن على أن ألقى كلمة أمام الفصل غداً وأنا خائف إلى أبعد حد .

المعالج : لم تخاف ؟

المريض : أعتقد أنى سوف أبدو مرتبكاً أحمق .

المعالج : لنفرض أنك ارتبكت بالفعل ، لماذا تعد ذلك شراً مستطيراً ؟

المريض : لن أعتقر ذلك لنفسى بعدها « أبداً »

المعالج : إن « الأبد » هذا أمدٌ يطول . خلّنا هنا الآن . افترض أنهم استهزؤوا بك ، فهل فى
ذلك موتك ؟

المريض : بالطبع لا .

المعالج : هب أنهم قرروا أنك أسوأ متحدث عرفته الدنيا ، فهل فى ذلك نهايةً مستقبلك
المهنى ؟

المريض: لا. ولكن لا شك أنه يكون شيئاً جميلاً لو كان بإمكانى أن أكون متحدثاً جيداً.

المعالج: مؤكد يكون شيئاً جميلاً. ولكن إذا فاتك هذا، هل يتبرأ منك والداك أو زوجتك؟

المريض: لا. إنهم فى منتهى العطف.

المعالج: حسناً. ما الشيء المريع إذن فى هذا الأمر؟

المريض: قد أشعر بشيء من الأسى.

المعالج: كم يطول هذا الشعور؟

المريض: يوماً تقريباً أو يومين.

المعالج: وماذا بعدئذٍ؟

المريض: بعدئذٍ سأكون بخير.

المعالج: إذن أنت ترؤّع نفسك بالضبط كما لو أن مصيرك معلق بالميزان.

المريض: هذا صحيح. إننى أرؤّع نفسى كما لو كان مستقبلى بأسره على الخازوق.

المعالج: دعنى أقل لك لقد تعطلّ تفكيرك فى نقطة ما من مساره فجعلتَ تعتبر أى فشل كأنه نهاية العالم. إن ما يجب أن تفعله هو أن تسمى فشلكَ تسميةً صحيحة - كفشلٍ فى الوصول إلى أحد الأهداف وليس كنكبةٍ أو كارثة. إن عليك أن تبدأ فى تنفيذ مقدماتك الخاطئة.

فى الجلسة التالية، وبعد أن ألقى المريض كلمته التى جاءت، كما توقع، مضطرباً بعض الشيء بسبب مخاوفه، قمنا بمراجعة أفكاره عن فشله.

المعالج: بم تشعر الآن؟

المريض: فى حالٍ أفضل. ولكنى كنتُ فى كدرٍ ونكدٍ بضعة أيام.

المعالج: ماذا ترى الآن فى فكرتك أن إلقاء كلمةٍ متعثرةٍ هو نكبةٌ و كارثةٌ؟

المريض: إنه بالطبع ليس نكبة.

المعالج: ماذا يكون إذن؟

المريض: إنه شيءٌ غير سار، ولكننى سأعيش.

لقد تم تدريب المريض على تغيير فكرة أن «الفشل كارثة». وانخفض قلقه التوقعي anticipatory anxiety بدرجة كبيرة قبل كلمته الثانية التى ألقاها بعد أسبوعٍ من الأولى. وكان أكثر هدوئاً أثناء كلمته. وفى الجلسة العلاجية التالية اتفق معى تماماً فى أنه يُكبر ردود فعل زملاء الفصل ويسبغ عليها أهميةً زائدة. وقد جرى بيننا الحديث التالى:

المريض: لقد كان شعورى أفضل بكثير أثناء كلمتى الأخيرة. أظن أنها مسألة تمرس وخبرة.

المعالج: هل وجدتَ هدًياً ما فى فكرة أن رأى الناس فىك ليس على درجة مطلقة من الأهمية؟

المريض: لو صرتُ طبيباً فى يوم من الأيام سأكون مقنعاً جداً للمرضى.

المعالج: إن كونك طبيباً جيداً يتوقف على إجادتك للتشخيص والعلاج وليس على إجادتك الحديث العام.

المريض: حسناً. إننى على يقين من أننى مقنع للمرضى - أظن أن هذا هو المهم.

أما بقية الجلسات فقد كرستها لتنفيذ الاتجاهات اللاتكيفية التى كانت تسبب متاعب لهذا المريض فى غير ذلك من المواقف. وقد أفضى إلى المريضُ بتوجه جديد كان آخذاً فى اكتسابه عندما قال: «إننى أدرك الآن بالفعل كم هو معيب أن أكون مهموماً بمن هم غرباءُ تماماً عنى. إننى لن أراهم مرةً ثانية فما أهمية رأبهم عنى وأى فرقٍ يمكن أن يُحدثه؟».

وبنفس الطريقة يمكن تنفيذ الافتراضات المتصلة بالخاوف الجسمية وتعديلها. والأغلب فى شأن هذه الاتجاهات ألا تنشط إلا إذا اقترب المريض من الموقف الخيف. غير أننا يمكن أن نحرك فيه هذه الاتجاهات بأن نجعله يصف لنا الموقف الرهابى أو يتخيل نفسه فيه (تخيل الموقف هو من الفنيات الأساسية لخفض الحساسية المنظم عند ولبه (wolpe)). فقد تُصاغ القاعدة التحتية للخوف بصورة قريبة من هذا: «إذا صعدتُ على الدرَج (اجتزت خلال نفق، دخلتُ محلاً مزدحماً، ارتقيتُ قمة مبنى مرتفع) فسوف أصاب بنوبة قلبية (أصاب باختناق، أصاب بإغماء، أسقط من علٍ)».

حيث أن العديد من المرضى لا يابهون بالخطر ولا يأخذونه مأخذ الجد حين يكونون بمأمن منه في مكتب المعالج، فمن المفيد أن نعلم إلى تنشيط الخوف بطريقة ما ثم نساعد المريض في التعامل معه. وقد عرضنا في الفصل السابع لحالة رجل يخاف السفر جواً ولاحظنا أنه يستبعد احتمال تحطم الطائرة إلى يزعم السفر بالفعل. وفي المثال التالي نعرض لحالة امرأة كانت مصابة بالخوف من الأماكن المزدحمة:

المعالج: لم تخشين عندما تكونين في مكان مزدحم؟

المريضة: أخشى أنني لن أستطيع التقاط أنفاسي.

المعالج: و؟

المريض: وأموت.

المعالج: تموتين بمعنى الكلمة؟

المريضة: حسناً، إنني أعرف أن هذا يبدو سخيلاً ولكني أخشى أن يتوقف تنفسي تماماً.. وأموت.

المعالج: الآن الآن كم تقدرين احتمالات أنك سوف تختنقين وتموتين؟

المريضة: الآن الآن... تبدو لي واحداً في الألف.

عندئذ أعطيت المريضة إرشاداً عن التقنية الآتية. فقد طلبت منها أن تدون في إضمامة ورق ملاحظات عن احتمالات موتها كلمات اقتربت من محل تجاري مزدحم. وفي الجلسة الجديدة أتت المريضة بالمدونات التالية:

- ١ - أغادر منزلي - احتمال الموت في المحل التجاري - ١ في الألف.
- ٢ - أقود سيارتي إلى المدينة ١ في المئة.
- ٣ - أصف سيارتي في قطعة أرض - ١ في الخمسين.
- ٤ - أمشي إلى المحل التجاري - ١ في العشرة.
- ٥ - أدخل المحل التجاري - ٢ إلى ١.
- ٦ - في وسط الزحام - ١٠ إلى ١.

المعالج: إذن عندما كنتِ في الزحام اعتقدت أنك تموتين باحتمال عشرة إلى واحد .

المريضة: لقد كان المتجر مزدحماً ومكتوماً ولم أكن أستطيع أخذ نفسي . وأحسست أنى أموت . لقد أصابنى الهلعُ بالفعل فهُرعتُ خارجةً من هناك .

المعالج: كم تقدّرين - الآن الآن - احتمال موتك لو أنك كنتِ قد لبثتِ في المتجر؟

المريضة: ربما واحد في المليون .

وفى ذهابها التالى إلى المتجر انخفضت تقديراتها لاحتمال موتها انخفاضاً كبيراً عما كانته فى المرة السابقة . فقد استطاعت هذه المريضة ، بعد مزيد من الحوار ، أن تستوعب فكرة أن المتجر المزدحم ليس خطراً على حياتها . فلما أن دخلت المتجر ذكّرت نفسها بأنها خلصت بالفعل إلى قناعة قائمة على العقل - أن المتجر هو مكان مأمون . ولم تعد بالتالى تشعر بضيق فى المحلات التجارية ولا فى غيرها من الأماكن المزدحمة .

إن قواعد (اللذة - الألم) يماثل بعضها البعض : فأحدها فى الأغلب هو معكوس الآخر . ومن هذه القواعد ما هو من الشمول والاتساع بحيث يخالف الواقع ولا يطابقه ، أو أن له آثاراً بعيدة تتعارض مع بعض الأهداف الحياتية الكبرى للمريض . من أمثلة هذه القواعد أو التوجهات : «إنه لشيء رائع أن يكون المرء مشهوراً» . أما معكوسه ، وهو ما يعتنقه كثير من الناس ، فهو : «من المحال أن أحس بأى سعادة إذا كنتُ غير مشهور» . ومن شأن الأشخاص الذين تسيطر عليهم هذه القواعد أن يظلوا فى حالة حرب : فيدفعون أنفسهم دفعاً نحو تحقيق المكانة والصيت والشعبية والسلطة ، ويدونون نقطة عند كل مكسب ويطرحون نقاطاً عند كل خسارة أو توقف . مثل هذا الاتباع العبودى لهذه القواعد كفيل بأن يعيق غاياتٍ أخرى فى الحياة مثل التمتع بالصحة الجيدة والعيش الهادئ والعلاقات المشبعة مع الآخرين .

والأدهى من ذلك حقاً أن بعض الناس قد يسقطون فى الاكتئاب نتيجة عبوديتهم لهذه القواعد . ويمرون فى ذلك بالمراحل الآتية : يبدءون أولاً بالحكم على أنفسهم بالفشل فى تحقيق الهدف السانح - الشهرة على سبيل المثال . ويتبعون ذلك بسلسلة من الاستنباطات : «إذا لم أصبح مشهوراً فقد فشلت .. وقد فقدتُ الشيء الوحيد الذى يهم أى إنسان حقاً .. إننى فاشل .. لا فائدة فى الاستمرار .. ربما أبخع نفسى أيضاً وأستريح» . حين يفحص المريض المقدمة الأولى يدرك أنه لم يلتفت إلى إشباعات أخرى فى الحياة غير الشهرة . ويدرك كيف ضيَّق حياته وحبس نفسه فى صندوق حين حصر سعادته فى حدود الشهرة . كذلك

يفعل من يحصرون سعادتهم في حدود الحب، فلا يرون هناءة سوى أن يكون المرء محبوباً من شخص معين. إنهم يسلمون أنفسهم للتقلبات الشعورية والترجّح بين السعادة والأسى وفقما يرون أنفسهم ويقدرّون نصيبهم من الحب أو من الهجر. وقد يستهدفون للاكتئاب أيضاً وينتهون إليه.

وفيما يلي قائمة ببعض الاتجاهات التي تعرّض الناس للحزن الزائد أو الاكتئاب:

- (١) لكي أكون سعيداً يتحتم أن أكون ناجحاً في أى شيء أقوم به.
 - (٢) لكي أكون سعيداً يتحتم أن أكون مقبولاً (محبوباً، محطّ إعجاب) من كل الناس.
 - (٣) إذا لم أكن على القمة فانا فاشل ساقط (*).
 - (٤) إنه لشيء رائع أن أكون غنياً شهيراً ذا شعبية ورواج، وشيء فظيع أن أكون مغموراً محدوداً.
 - (٥) إذا ما ارتكبتُ خطأً فهذا يعنى أنني غشيم أخرق.
 - (٦) إن قيمتي كشخص تتوقف على رأى الآخرين فيّ.
 - (٧) يستحيل أن أعيش بلا حب. إذا لم تحبني زوجتي (حبيبتي، والدي، ولدي) فانا تافه لا قيمة لي.
 - (٨) إذا اختلف معي شخص ما في الرأى فهذا يعنى أنه لا يحبني.
 - (٩) إذا لم أهتبل كل فرصة تسنح لكي أتقدم إلى الأمام، فسوف أندم عليها فيما بعد.
- مثل هذه القواعد حرّية أن تؤدي إلى البؤس والشقاء. فمن غير الممكن أن يكون الشخص محبوباً تماماً وفي جميع الأوقات ومن جميع الأصدقاء. فالحب درجات، ودرجة الحب والقبول تتذبذب بشدة. فضلاً عن أن منطوق هذه القواعد يجعل أى انخفاض في درجة الحب بمثابة رفض ونبذ.

كما أن الاعتماد أو التعويل على القبول والإعجاب والحب يطرح مشكلة أخرى. فنحن لا نملك مقياساً دقيقاً يحدد ما إذا كان شخص ما يرفضنا بالفعل أو يزدرينا أو ينقدنا. وقد

"If I am not on top, I am a Flop" (*)

سبق أن بينا أن الأذى النفس يختلف عن الأذى الجسدى . فإذا كان بمقدورنا أن نتحقق موضوعياً من الأذى الجسدى حين يهاجمنا شخص ما بأن نفحص موضع الإصابة، فكيف ترى نتحقق، حين يبدو على شخص ما أنه يرفضنا، من أننا لا نسيء تأويل سلوكه؟ فمشاعر الكرب الذاتى ليست مقياساً أميناً للتحقق من تأويلنا لأن مثل هذه المشاعر قد تحدث سواء كان التأويل صحيحاً أم مخطئاً . هذا الافتقاد للمعلومات المؤيدة هو ما يجعل التعامل مع الصدمة النفسية أصعب بما لا يُحَد من التعامل مع الإصابة الجسدية .

من الفنيات الكبرى فى العلاج المعرفى فنيةٌ مؤداها أن نكشف اتجاهات المريض ونسلط عليها الضوء ونساعده على أن يمحصها ويقرر ما إذا كانت انهزامية قاهرة للذات . ومن الضرورى فضلاً عن ذلك أن يتعلم المريض من خبرته ذاتها أن بعض اتجاهاته قد انتهت به إلى غاية من التعاسة والشقاء، وأنه كان أجدى له أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية . وعلى المعالج هنا أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها المريض بالتأمل والتحميص، لا أن يقوم له بغسيل مخ ويفرض عليه قواعد واعتقاده .

تتصل بقواعد (اللذة - الألم) مجموعة من القواعد تسمى « طغيان لابد » (Horney, 1950) . فإذا ما اعتنق شخص قاعدة « لكى أكون سعيداً يلزمنى أن أكون محبوباً من الجميع »، فإنها تحمله على أن يحقق ذلك بقاعدة أخرى: « لابد أن أجعل الجميع يحببنى » . « لابد أن » و« لابد ألا » . لهذين الأمرين طبيعة استعبادية، وهما يتفقان فى ملامح كثيرة مع مفهوم فرويد عن الأنا الأعلى .

وفيما يلي بعض قواعد « لابد » الشائعة :

١ - لابد أن أكون قمة الكرم والرقه والجلال والشجاعة والإيثار .

٢ - لابد أن أكون المحب المثالى والصديق المثالى والوالد المعلم والطالب والزوج المثالى .

٣ - لابد أن أتحمل أية مصاعب بثبات ورباطة جأش .

٤ - لابد أن أكون قادراً على إيجاد حل سريع لآى مشكلة .

٥ - لابد ألا أستاذ أو أتأذى، ولا بد أن أكون دائماً سعيداً صافياً .

٦ - لابد أن أعرف وأفهم وأتنبأ بكل شيء قبل حدوثه .

٧ - لابد أن أكون دائماً طبيعياً تلقائياً، وأن أتحكم دائماً فى مشاعرى .

٨ - لا بد أن أؤكد ذاتي، وألاً أؤذي أى شخص آخر.

٩ - لا بد ألاً أتعب أو أمرض أبداً.

١٠ - لا بد أن أكون دائماً فى أوج الكفاءة والفاعلية.

الاستراتيجية الاجمالية

إن جعبة المعالج المعرفى لَتَعِجُ بالتكتيكات العلاجية المتنوعة . فإذا لم يكون استراتيجية إجمالية للحالة التى بين يديه، يصبح العلاج عرضةً لأن يضل فى مسار متخبط قائم على المحاولة الخطأ . وقد سبق أن أجمالنا المبادئ التى تكون الإطار العام للعلاج المعرفى فى هذا الفصل وفى فصول سابقة أيضاً : تسليط الضوء على تحريفات المريض وأوامره لنفسه وتأنيبه لها مما يورثه همماً وعجزاً، ثم مساعدته على مراجعة القواعد التحتية التى تبعث هذه الإشارات الذاتية الخاطئة . ولا تختلف بعض طرائق المعالج المعرفى عما كان يستخدمه المرضى من قبل فى محاولاتهم الناجحة لحل المشكلات . إنه يعمل مع المريض بطريقة أكثر منهجية واتساقاً لحل تلك المشكلات النفسية التى عجز عن حلها بنفسه . وتشتمل آلياته الخاصة على تحديد مناطق الاضطراب بدقة، وملء الثغرات المعلوماتية، والربط المنطقي بين المعطيات، وإقامة تعميمات صحيحة . عندئذ يقوم المعالج بحث المريض على استخدام جهاز حل المشكلات الخاص به كى يعدل طرائقه فى تأويل خبراته وتنظيم سلوكه .

تتداخل تقنيات techniques العلاج النفسى مع عملية process العلاج النفسى تداخلاً شديداً بحيث يصعب وضع خط فاصل بين ما يقوم به المعالج وبين استجابات المريض . كما أن المعالج قد يستخدم عدة إجراءات فى الوقت نفسه . وقد يستجيب المريض لهذه الإجراءات بسلسلة من الاستجابات العلاجية . فحين يكون المعالج مثلاً يصدد تدريب مريضه على اكتشاف أفكاره الأوتوماتيكية فهو بطريق مباشر أو غير مباشر يلقى ظلال الشك على صحة هذه الأفكار . وبدوره يكتسب المريض مزيداً من الموضوعية (أخذ مسافة) خلال عملية اكتشافه لهذا اللون من التفكير . وهو إذ يتبين عبثية هذه الإشارات الذاتية ولا تكيفيتها ومجافاتها للواقع يميل إلى تصحيحها تلقائياً . ويؤدى هذا الصنف من التمحيص الذاتى مباشرة إلى كشف المقدمات والمعادلات التحتية - أى القواعد المسئولة عن الاستجابات

الخاطئة . وفيما يلي حالة توضح التأثير المتبادل بين إجراءات المعالج والاستجابات النفسية للمريض .

إنها حالة امرأة شابة على جانب كبير من الجاذبية، وأم لثلاثة أطفال . نوظرت هذه المرأة فى إحدى العيادات النفسية الجامعية بسبب نوبات قلق كانت تلم بها وتدوم ست ساعات أو سبعا فى اليوم، وجعلت تنتابها يوميا طوال أكثر من أربعة أعوام . وكثيراً ما استشارت طبيب العائلة الذى وصف لها الثورازين thorazine وعديداً من المهدئات دون تحسنٍ يُذكر .

فى أول مناظرة إكلينيكية لهذه المرأة اكتشفت الحقائق التالية : وقعت أول نوبة من هذه النوبات بعد أسبوعين من إجهاضٍ لها . فقد كانت تنحنى لكى « تحمم » طفلها ذا العام الواحد فإذا بها تحس ببداية إغماء، وألمت بها أولى نوبات القلق ودامت ساعات عديدة . عيّت المرأة بأن تجد لقلقها أى تفسير . وحين سألتها عما إذا كانت أية فكرة قد خالجتها لحظة أحسّت بالدوار تذكّرت هذه الفكرة : « ويلي لو غشيتنى إغماء فأصببت طفلى الرضيع » . وقد بدا مبعولاً، كفرض عامل، أن دوارها (الذى ربما كان نتيجة أنيميا النفس) قد أدى إلى الخوف من الإغماء وسقوط الطفل، وأن هذه الفكرة المخيفة قد أدت إلى القلق الذى فسرتة كعلامة على أنها تتداعى وتتحطم .

كانت هذه المرأة أحتى وقت إجهاضها مطمئنة ناعمة البال لا تعرف القلق ونوباته . لكنها بعد الإجهاض أخذت تساورها من وقت لآخر فكرة « لست مُحصّنة من المصائب » . ومنذ ذلك الحين جعلت كلما سمعت بمرض أحدٍ فكّرت « ربما يصيبنى هذا » وبدأت فى القلق والتوتر .

وقد وجّهتُ تعليماتى إلى المريضة أن تحاول تحديد أى أفكار تسبق أى نوبة قلق قادمة . وفى الجلسة التالية روت المريضة ما يلى :

١ - سمعت المريضة ذات مساء أن زوج إحدى صديقاتها أصيب بالتهاب رئوى شديد فدهمتها للتو نوبة قلق دامت ساعات عديدة . وقد حاولت وفق التعليمات أن تستحضر الفكرة السابقة على القلق، فتذكرت هذه الفكرة : « قد يُصاب نوم (زوجها يمثل ذلك وربما يموت) » .

٢ - حين أزمعت يوماً الذهاب إلى منزل أختها أصابها قلقٌ شديد وبالتركيز على فكرها تبينت هذا الهاجس المتكرر « قد أقع مريضة أثناء الذهاب » . لقد سبق أن أصيبت هذه

المريضة بالتهاب معدى معوى فى رحلة سابقة إلى منزل أختها . ومن الواضح أنها اعتقدت أن ذلك يحتمل جداً أن يتكرر .

٣ - أحسَّت ذات مرة بضيق وبأن الأشياء تبدو لها غير حقيقية . عندئذ طاف بها هذا الطائف : « قد يكون هذا بداية الجنون » وانتابتها للتو نوبة قلق دامت قرابة الساعة .

٤ - علمت يوماً أن إحدى صديقاتها قد أودعت بمستشفى عقلى حكومى . وقد أدت هذه المعلومة إلي هذه الفكرة « قد يحدث لى ذلك . . قد أفقد عقلى » . وبسؤالها عن تفاصيل معينة عن فقد عقلها قالت إنها تخشى إذا ما أصابها الجنون أن تفعل شيئاً قد يلحق الضرر بأطفالها أو بنفسها .

من الواضح أن المخاوف الرئيسية لهذه المريضة كانت تدور حول توقعها أن تفقد التحكم فى نفسها، سواء من طريق الإغماء أو الذهان، وأن تفعل بالتالى شيئاً ضاراً . وقد بينت لها أنها لا تعاني من أى ذهان، وقدمت لها تفسيراً لنوبات قلقها ولما تبنيه على هذه النوبات من معانٍ (كانت صياغاتها التحتية هى أن أعراض القلق تشير إلى أنها على شفا الذهان) . وقد انخفض معدل النوبات وقلَّت شدتها خلال الأسابيع القليلة التى تلت ذلك . واختفت تماماً بنهاية الأسبوع الرابع .

كانت الدفعةُ العلاجية الكبرى فى هذه الحالة هى تدريب المريضة على أن تستحضر الأفكار السابقة على نوبة القلق وأن تقيّم صحتها . ذلك أن هذه النوبات تبدأ بفكرة أو معرفة cognition لا بقوة خفية غامضة . وإذ تبينت المريضة ذلك اقتنعت بأن فكرة ضعفها واستهدافها للمرض والجنون كانت غير صحيحة . وأدركت أيضاً أن اعتقادها فى أنها عاجزة عن التحكم فى استجاباتها كان اعتقاداً خاطئاً . واستطاعت إذ تعلمت تحديد الأفكار المؤدية إلى القلق أن تكتسب شيئاً من الانفصال عن هذه الأفكار وأن تضعها موضع الفحص واختبار الواقع، وبالتالي أن تدحضها وتبطل تأثيرها .

وبوسعنا الآن أن نصوغ التقدم الذى حققته هذه المريضة صياغةً تتفق مع النموذج العلاجى التالى : (١) الملاحظات الذاتية التى أدت مباشرة إلى الفكر السابق على القلق (٢) إيجاد صلة بين الأفكار ونوبة القلق (٣) تعلم النظر إلى الأفكار كفروض لا كحقائق (٤) اختبار الفروض (٥) تجميع المسلمات التى تبطن هذه الفروض وتولدها .

(٦) البرهنة على أن هذه القواعد المكونة لمنظومتها الاعتقادية كانت غير صحيحة . لقد

كانت منظومتها الاعتقادية تتألف من معادلات تتعلق باحتمال المرض الجسمي والعقلي، وفقد التحكم في النفس، وإيذاء شخص ما دون إرادة، بالإضافة إلى خرافة أن ما أصاب الغير يحتمل أن يصيبها أو يصيب أحداً من أسرتها، وأخيراً ذلك المبدأ المفرع لكل البشر: « لستُ منيعة .. وأى شيء يمكن أن يحيق بي ». وقد تمكنا عن طريق كشف المغالطة في معادلاتها وإحالاتها الذاتية أن نعدّل هذه المنظومة الاعتقادية المليئة بالعيوب والأخطاء .